Dix-neuvième rapport annuel du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée

pour le Bureau du coroner en chef de l'Ontario

Septembre 2009

Table des matières

Introduction 1

Méthodologie et processus d'examen des cas 2

Processus de formulation des recommandations 2

Activités du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée en 2008 3

Résumé de l'examen des cas en 2008 4

Recommandations

Gestion des soins médicaux et infirmiers 5

Communication et documentation 7

Usage des médicaments chez les personnes âgées 9

Procédures d'admission, de sortie et de transfert 10

Centres de soins actifs ou de longue durée
et ministère de la Santé et des Soins de longue durée 10

Résumé des recommandations formulées à partir des cas examinés en 2008 14

Examen de cas

Cas 1 16
Cas 2 21
Cas 3 27
Cas 4 32
Cas 5 37
Cas 6 44

Analyse des recommandations 49

Résumé 51

Commentaires généraux 51

Remerciements 51

Introduction

Fondé à l'origine en décembre 1989, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée du Bureau du coroner en chef de l'Ontario vient d'achever sa dix-neuvième année de fonctionnement.

La composition actuelle du Comité est la suivante :

Dr Peter Clark	coroner régional principal, président du comité
Mme Kathy Kerr	directrice de la gestion des comités
Dr Sid Feldman	médecin de famille
Dr Margaret Found	médecin de famille/coroner
Dr Lynne Fulton	médecin d'urgence
Dr Barry Goldlist	gériatre
Dr Michael Gordon	gériatre
Dr Jennifer Ingram	gériatre
Dr Heather Gilley	gériatre
Mme Karen Thompson	diététiste
Dr Barbara Clive	gériatre

Lorsque c'est nécessaire, des professionnels de la santé d'autres spécialités, comme la psychogériatrie, la gastroentérologie ou les maladies infectieuses, aident le Comité dans l'examen des cas.

Méthodologie et processus d'examen des cas

Les cas de décès en matière de soins gériatriques et de longue durée soumis au Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée proviennent de diverses sources, notamment des coroners locaux, des coroners régionaux principaux et du Bureau du coroner en chef. Les années précédentes, le Comité avait aussi reçu des cas transmis par des groupes de revendication et des établissements de soins de longue durée.

Pour chaque cas, le Comité mène un examen indépendant des dossiers disponibles et rédige un rapport final qui peut inclure des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.

Formulation de recommandations

Les recommandations formulées par le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée visent à promouvoir le débat et à amorcer le changement. Elles ne doivent pas être interprétées comme des directives d'orientation émanant d'un quelconque organisme ou ministère du gouvernement, y compris le Bureau du coroner en chef. Elles sont conçues pour prévenir des décès dans des circonstances similaires à l'avenir, en mettant l'accent sur des problèmes qui touchent les secteurs des soins gériatriques et de longue durée en Ontario.

Activités du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée en 2008

En 2008, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée a examiné 18 cas et formulé 46 recommandations. Deux des cas examinés n'ont donné lieu à aucune recommandation.

Les membres ont participé aux activités suivantes :

- Réunions mensuelles régulières;
- Examens du coroner régional;
- Exposés lors de forums éducatifs;
- Lien et communication avec divers organismes et personnes :
  - Particuliers,
  - Ministères,
  - Hôpitaux généraux ou psychiatriques de soins actifs ou de soins aux malades chroniques,
  - Services de santé publique,
  - Établissements privés de soins de longue durée,
  - Associations de médecins ou d'infirmiers,
  - Groupes de revendication,
  - Coroners et médecins examinateurs de l'Ontario et des États-Unis,
  - Coroners en chef d'autres provinces ou territoires,
  - Associations et établissements de soins de longue durée à travers le Canada,
  - The International Association of Coroners and Medical Examiners,
  - Diverses associations professionnelles de gérontologie.

Résumé de l'examen des cas en 2008

En 2008, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée a examiné 18 cas qui avaient fait l'objet d'investigations par des coroners et portaient sur le décès de résidents âgés d'établissements de soins de longue durée. À partir de l'examen de ces cas, le Comité a formulé 46 recommandations au total afin de prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires à l'avenir. Ces recommandations ciblent des préoccupations et des dysfonctionnements dans les domaines suivants :

- Gestion des soins médicaux et infirmiers;
- Communication et documentation;
- Usage des médicaments chez les personnes âgées;
- Procédures d'admission, de sortie et de transfert;
- Secteur des soins actifs ou de longue durée en Ontario, y compris le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Ces recommandations seront diffusées auprès des intéressés, partout dans la province, dont des particuliers, des établissements, des ministères, des organismes, des groupes d'intérêt, des professionnels de la santé (et leurs organismes de réglementation professionnelle) et des coroners. Elles seront aussi transmises, sur demande, aux coroners en chef et aux médecins examinateurs d'autres provinces ou territoires canadiens ou à d'autres particuliers ou groupes.

Le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée reconnaît l'existence de soins de longue durée de qualité en Ontario. Les décès examinés ne représentent qu'une faible portion du nombre total de cas touchant des résidents âgés d'établissements de soins de longue durée sur lesquels des coroners ont enquêté.

Recommandations formulées à partir des cas examinés en 2008

Les recommandations suivantes ont été formulées à partir de l'examen approfondi des 18 cas soumis au Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée. Elles ne doivent pas être interprétées comme des directives d'orientation. Elles sont conçues pour promouvoir le débat et amorcer le changement. Elles visent à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires à l'avenir.

Gestion des soins médicaux et infirmiers

1 Rappeler aux professionnels de la santé qui s'occupent de personnes âgées atteintes de démence l'importance d'adapter les interventions aux besoins et aptitudes de ces personnes. Par exemple, même si « l'éducation » du résident peut être l'intervention initiale recommandée, cette mesure peut ne pas être efficace chez une personne âgée atteinte de démence compte tenu de sa déficience neurologique.

2 Rappeler aux infirmières et infirmiers qui travaillent dans le secteur des soins de longue durée, leur obligation de superviser le personnel non réglementé dans l'exercice de ses fonctions. De la même façon, rappeler au personnel non réglementé les limites de leur champ d'activité.

3 Rappeler aux professionnels de la santé que les comportements anormaux liés à la démence peuvent exiger l'utilisation de médicaments pour atténuer la souffrance en améliorant le comportement, mais que des effets secondaires peuvent survenir au niveau de la motricité.

4 Rappeler aux professionnels de la santé que les personnes âgées peuvent subir des fractures graves, même sans trauma important. Il faut donc toujours envisager la présence d'une blessure grave chez les personnes âgées, même en l'absence de trauma important.

5 Rappeler aux professionnels de la santé l'importance de gérer vigoureusement les personnes âgées qui présentent un risque de développement d'ostéoporose.

6 Les principes des soins palliatifs/de fin de vie doivent devenir des valeurs fondamentales et primordiales pour prendre en charge la population âgée fragile des établissements de soins de longue durée, qui devrait pouvoir vieillir sur place et, lorsque c'est jugé approprié, mourir sur place.

7 Rappeler aux professionnels de la santé que la manifestation de la maladie chez les personnes âgées, même si elle est le plus souvent typique, peut aussi être atypique et varier énormément d'un patient à l'autre. La ou les causes sous-jacentes de ces maladies risquent de ne pas être diagnostiquées si l'expert clinique n'obtient pas un historique adéquat, ne mène pas un examen approfondi et n'utilise pas judicieusement les ressources de laboratoire et d'imagerie disponibles.

Par exemple, une anémie microcytique associée des symptômes comme la présence de sang dans les selles, une nausée persistante, des vomissements et un inconfort abdominal, peut être le signe de la présence d'une pathologie gastro-intestinale sous-jacente comme une tumeur maligne, un ulcère gastroduodénal ou une gastroparésie diabétique.

8 Rappeler aux professionnels de la santé que la présence d'une anémie microcytique est un symptôme, et non un diagnostic.

9 Rappeler aux professionnels de la santé l'importance de surveiller régulièrement le poids des personnes âgées atteintes de diabète. Une perte ou une augmentation de poids accompagnée de faiblesse peut être le signe d'un contrôle sous-optimal de la glycémie qui pourrait justifier un examen complet du patient pour déterminer la ou les causes de ce contrôle sous-optimal et mettre en place les interventions thérapeutiques appropriées.

10 Rappeler aux professionnels de la santé que selon les résultats d'essais cliniques récents sur le diabète de type 2, le contrôle serré de la glycémie chez les personnes âgées a peu d'effets positifs, voire aucun, sur la réduction des complications cardiovasculaires.

11 Rappeler aux professionnels de la santé qui travaillent en salle d'urgence l'importance d'obtenir toutes les informations cliniques pertinentes sur les personnes âgées qui se présentent pour une évaluation en urgence. On n'insistera jamais assez sur l'importance d'obtenir des renseignements spécifiques, notamment sur les événements ayant provoqué le transfert et sur l'examen du rapport ambulancier.

12 Les professionnels de la santé qui travaillent en salle d'urgence devraient élaborer un protocole d'investigation pour les personnes âgées qui se présentent à la suite de chutes, car le risque de décès chez ces personnes est accru, tout comme celui des personnes âgées qui se plaignent d'une douleur thoracique.

13 Rappeler aux professionnels de la santé que les personnes âgées qui tombent et se présentent en salle d'urgence devraient subir une évaluation médicale complète, y compris des examens de laboratoire et une imagerie appropriés, afin d'identifier à la fois la lésion et les étiologies possibles de la ou des chutes. La documentation des résultats de l'évaluation et des examens devrait figurer obligatoirement dans le dossier médical.

14 Rappeler aux professionnels de la santé qui s'occupent de personnes âgées l'importance de procéder à une évaluation médicale complète lorsque les capacités fonctionnelles d'une personne âgée changent après une chute, surtout en l'absence de blessure apparente.

Communications et documentation

15 Rappeler aux professionnels de la santé l'importance de respecter les politiques et procédures hospitalières pour l'exécution d'actes médicaux comme une intubation gastrique par voie nasale.

Par exemple, il faudrait rappeler aux professionnels de la santé qui travaillent dans une unité d'imagerie diagnostique l'importance de communiquer directement et sans retard les résultats anormaux, surtout les résultats critiques, au médecin ou à l'unité de soins qui a demandé l'examen. De la même façon, il est essentiel que le médecin qui a fait la demande fasse le suivi des résultats dès qu'il les reçoit.

16 L'hôpital devrait procéder un examen interne des circonstances entourant ce cas afin de s'assurer que les résultats anormaux d'imagerie diagnostique sont communiqués aux professionnels de la santé de première ligne.

17 Rappeler aux professionnels de la santé l'importance d'une bonne communication entre TOUS les membres de l'équipe soignante, y compris les membres de la famille, dans les situations où l'état clinique du patient change subitement, de manière inattendue et inexplicable, ou lorsque les membres de la famille expriment des inquiétudes à propos de l'évolution clinique du patient. On n'insistera jamais assez sur l'importance d'inscrire au dossier les informations communiquées, en mentionnant les interlocuteurs de cette communication.

18 Rappeler aux professionnels de la santé l'importance d'une bonne communication entre TOUS les membres de l'équipe soignante, y compris le patient lui-même (s'il ou elle en est capable), les membres de sa famille ou la personne chargée de prendre des décisions en son nom. Plus particulièrement, on ne saurait trop souligner l'importance de s'assurer que tous les intéressés maintiennent les choses en perspective et de mettre en place un plan pour le suivi régulier des résultats des essais thérapeutiques. Ceci est important lorsque tous sont d'accord sur ces plans, mais encore plus important lorsque ce n'est pas le cas. La documentation complète de tout le processus dans le dossier médical devrait être obligatoire.

19 Rappeler aux professionnels de la santé l'importance d'inclure les personnes âgées et leurs familles dans la prise de décisions concernant les plans de traitement et les soins. Implicite dans cette recommandation est la nécessité de maintenir des communications bidirectionnelles, fréquentes, complètes et documentées dans le dossier de soins de santé, notamment en cas de changement de l'état clinique de la personne âgée, surtout lorsque cet état se détériore.

20 Rappeler à tous les hôpitaux généraux de soins actifs de l'Ontario l'importance de fournir un dossier complet lorsqu'une personne âgée fragile est transférée dans un autre établissement de soins.

21 Rappeler aux professionnels de la santé l'importance de communiquer sans retard les résultats d'analyse de laboratoire et d'imagerie au médecin responsable ou à la personne désignée pour le remplacer.

Usage des médicaments chez les personnes âgées

22 Rappeler aux professionnels de la santé que la décision de prescrire des antipsychotiques pour des personnes attentes de démence ne doit être prise qu'après avoir considéré soigneusement les avantages de ces médicaments et le risque d'apparition d'effets secondaires. Les médicaments dopaminergiques ou anticholinergiques sont rarement, voir jamais, utiles pour gérer les effets secondaires des antipsychotiques prescrits pour les personnes âgées atteintes de démence. On devrait, au contraire, cesser ces médicaments ou envisager des stratégies de remplacement.

23 Tous les établissements de soins actifs et de soins de longue durée de l'Ontario devraient avoir une politique et une procédure pour le calcul des doses appropriées de médicaments pour les personnes âgées atteintes d'incontinence rénale. On ne saurait trop souligner l'importance de faire appel à un pharmacien pour établir et ajuster les doses de médicaments pour les personnes âgées malades.

24 L'hôpital devrait élaborer et mettre en œuvre une politique de pratique professionnelle pour identifier les médicaments qui exigent un suivi clinique attentif au moment de la sortie du patient du service de soins intensifs. Dans le cadre de cette politique, on ne saurait trop souligner l'importance d'une communication directe entre médecins.

25 Rappeler aux professionnels de la santé l'importance de surveiller régulièrement les médicaments prescrits aux personnes âgées. Même s'il est nécessaire d'administrer certains médicaments, dont des analgésiques, aux personnes âgées, il ne faut pas négliger les effets secondaires possibles.

26 Rappeler aux professionnels de la santé que le glibenclamide (glyburide), un médicament hyploglycémiant sous forme orale communément prescrit, peut entraîner une hypoglycémie chez les personnes âgées, même en présence de glycémie souvent élevée.

27 Rappeler aux professionnels de la santé la nécessité de faire preuve d'une prudence extrême lors de l'arrêt brusque de bêtabloquants.

Procédures d'admission, de sortie et de transfert

28 Rappeler aux professionnels de la santé que le placement dans des foyers de soins privés de personnes âgées fragiles qui sont totalement dépendantes au plan fonctionnel et ont des besoins en soins importants n'est pas une solution appropriée. Quand elles sont en attente d'un placement dans un foyer de soins de longue durée agréé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ces personnes âgées fragiles devraient rester dans un cadre dont le niveau de ressources est aussi élevé que celui d'un foyer agréé.

29 Rappeler à tous les hôpitaux généraux de l'Ontario, et particulièrement à cet hôpital général, l'importance d'évaluer soigneusement les profils des personnes âgées fragiles pour lesquels on envisage un placement en foyer de soins privé (maisons de retraite). Les patients les plus aptes à entrer dans les programmes des foyers de soins privés sont généralement les personnes stables au plan clinique qui nécessitent une surveillance et des soins minimaux.

Le secteur des soins actifs ou de longue durée en Ontario, y compris le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

30 Les programmes des maisons de retraite ou foyers de soins privés de l'Ontario qui offrent des soins à des personnes âgées fragiles en attente de placement dans un foyer de soins de longue durée agréé devraient être tenus de respecter les mêmes normes que les foyers agréés en matière de soins et de services. Est implicite dans cette recommandation la nécessité d'appliquer les mêmes règlements et les mêmes contrôles, avec un rapport public régulier des conclusions, comme c'est le cas pour les foyers de soins de longue durée agréés.

31 Les maisons de retraite et foyers de soins privés de l'Ontario devraient être assujettis à des règlements et faire l'objet de surveillance et de contrôles réguliers par un organisme du secteur public, dans le but de garantir la satisfaction des besoins sur le plan des soins et de la sécurité. La priorité absolue devrait être les **besoins en matière de soins et de sécurité des**

personnes âgées fragiles et non la catégorie d'établissement dans lequel se fait le placement.

32 Tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario devraient exiger que les professionnels de la santé qui utilisent des élévateurs mécaniques pour le bain ou le transfert des résidents âgés suivent une formation initiale avec certification et recertification périodique pour la manipulation de ces appareils.

33 Tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario devraient réviser leurs pratiques et procédures concernant l'utilisation des élévateurs mécaniques pour le bain et les transferts. Pour optimiser la sécurité des résidents, la présence de deux membres du personnel pour le transfert devrait être obligatoire.

34 Les foyers de soins de longue durée agréés de l'Ontario doivent gérer un nombre croissant de résidents âgés atteints de démence doublée de troubles comportementaux. La formation et les ateliers de perfectionnement offerts dans le cadre du modèle de recrutement existant sont insuffisants pour que le personnel ait la capacité de répondre aux besoins de la population résidente, en matière de soins et de sécurité. Au vu de cette situation, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait examiner de manière urgente le problème de la composition du personnel et des ratios de personnel par résident afin d'assurer que des soins suffisants, adéquats, appropriés, sur le plan médical et de la sécurité, soient dispensés aux résidents âgés des foyers de soins de longue durée agréés.

35 Reconnaissant que la disponibilité d'unités psychiatriques spécialisées pour examiner et traiter en urgence les personnes âgées atteintes de troubles psychogériatriques demeure un problème important, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait prendre des mesures pour s'assurer que la capacité des unités psychiatriques de ce type est suffisante pour répondre aux besoins de la population ontarienne.

36 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les associations provinciales du secteur des soins de longue durée, devrait étudier le problème des incidents liés à l'utilisation d'élévateurs mécaniques dans le cadre des soins de longue durée. Implicite dans cette recommandation est la nécessité de déterminer pourquoi ces incidents continuent de se produire lorsqu'il y a, parmi le personnel disponible, moins que le nombre recommandé et nécessaire de personnes formées pour l'exécution des transferts.

La sécurité des personnes âgées fragiles dont le transfert nécessite l'utilisation d'un élévateur mécanique ne devrait jamais être compromise par un nombre insuffisant de membres du personnel présents.

37 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait prendre des mesures pour s'assurer que tous les foyers de soins de longue durée agréés disposent de ressources suffisantes pour empêcher que les résidents agressifs ne fassent du mal à d'autres résidents ou à des membres du personnel. Parallèlement, il faut protéger les résidents âgés qui se comportent de façon agressive contre d'éventuelles représailles. Est implicite dans cette recommandation la nécessité de s'assurer que tous les foyers de soins de longue durée agréés offrent un environnement physique approprié et sécuritaire et disposent d'un effectif suffisant de personnel ayant reçu la formation adéquate.

38 Rappeler aux foyers de soins de longue durée agréés de l'Ontario l'importance de disposer de politiques efficaces pour gérer les résidents âgés atteints de démence doublée de troubles comportementaux, dont l'égarement. L'utilisation d'appareils électroniques de suivi est souvent un complément efficace de ces politiques. De plus, il serait souhaitable que les foyers de soins de longue durée agréés disposent d'espaces sécurisés à l'extérieur.

39 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait établir, en collaboration avec les intervenants appropriés du secteur des soins de longue durée, des normes relatives aux services médicaux, infirmiers et de laboratoire pour les unités de soins de convalescence qui font partie d'un foyer de soins de longue durée agréé en Ontario.

40 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait s'assurer que les établissements de soins de convalescence disposent de ressources suffisantes pour répondre aux besoins des personnes âgées fragiles sur le plan des soins et de la sécurité.

41 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les intervenants du secteur des soins de longue durée, y compris les professionnels des soins médicaux et infirmiers, devrait étudier la possibilité de relier les dossiers médicaux des soins de longue durée au système universel de dossiers de santé pour faciliter la gestion des personnes âgées atteintes de troubles médicaux complexes.

42 Le foyer de soins de longue durée devrait prendre des mesures pour s'assurer que le personnel infirmier connaisse et respecte l'obligation d'avertir le médecin, conformément à la politique de l'établissement relative aux incidents.

43 Tous les foyers de soins de longue durée agrées de l'Ontario devraient mettre en place des programmes de formation continue sur la prévention des chutes et l'utilisation de moyens de contention afin de s'assurer du respect de la *Loi sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades* (projet de loi 85).

44 Tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario devraient s'assurer que les aides à la mobilité, comme les fauteuils roulants, conviennent aux personnes qui les utilisent et sont correctement entretenus.

45 Le cadre professionnel, clinique, juridique et réglementaire des soins palliatifs/de fin de vie devrait faire partie des programmes de perfectionnement de tous les foyers de soins de longue durée, et du matériel pédagogique devrait être mis à la disposition de tous ces établissements dans la province. D'ici là, étant donné qu'il existe un guide des ressources définies en soins palliatifs/de fin de vie en Ontario, les foyers de soins de longue durée devraient étudier les ressources déjà disponibles, comme celles élaborées par le réseau NICE de l'Université de Toronto. Un exemple de manuel de médications en soins palliatifs élaboré par le Centre Baycrest pour ses médecins-stagiaires et son personnel médical est également disponible à titre de référence.

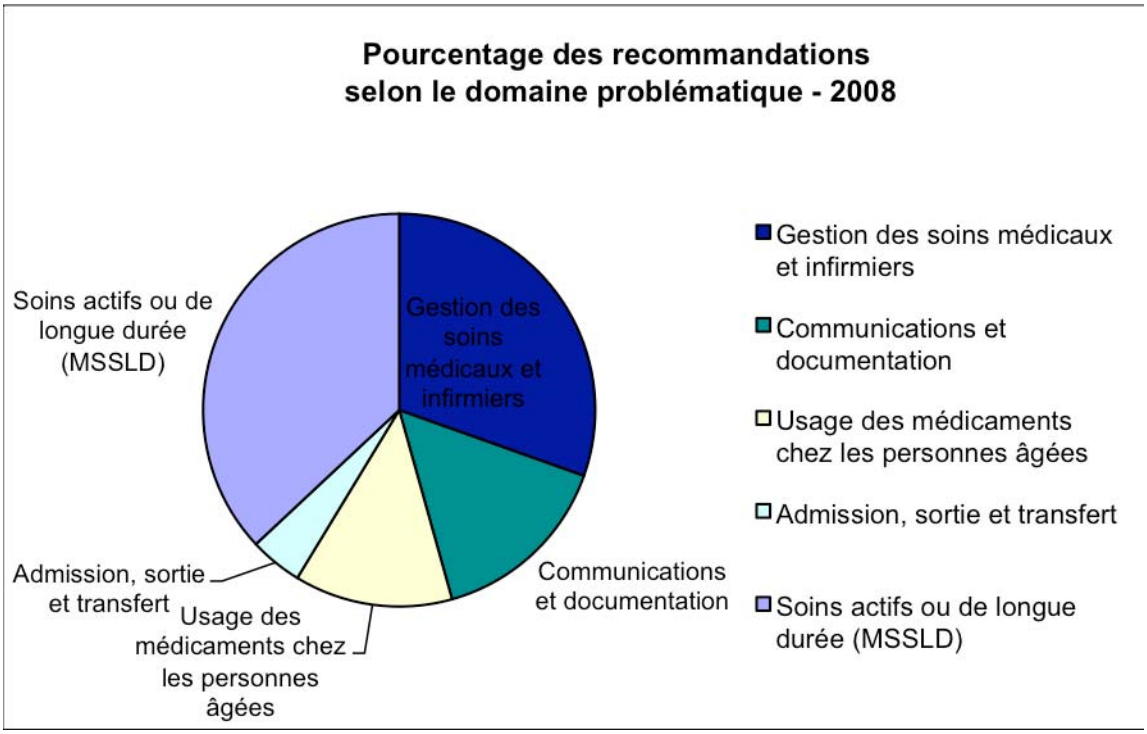
46 Les foyers de soins de longue durée doivent disposer des ressources nécessaires pour répondre aux besoins en soins palliatifs/de fin de vie de leurs résidents. Ces ressources devraient être définies par les personnes responsables de telles prestations et inclure aussi bien les ressources humaines que les ressources techniques et pharmacologiques pour atteindre ces objectifs.

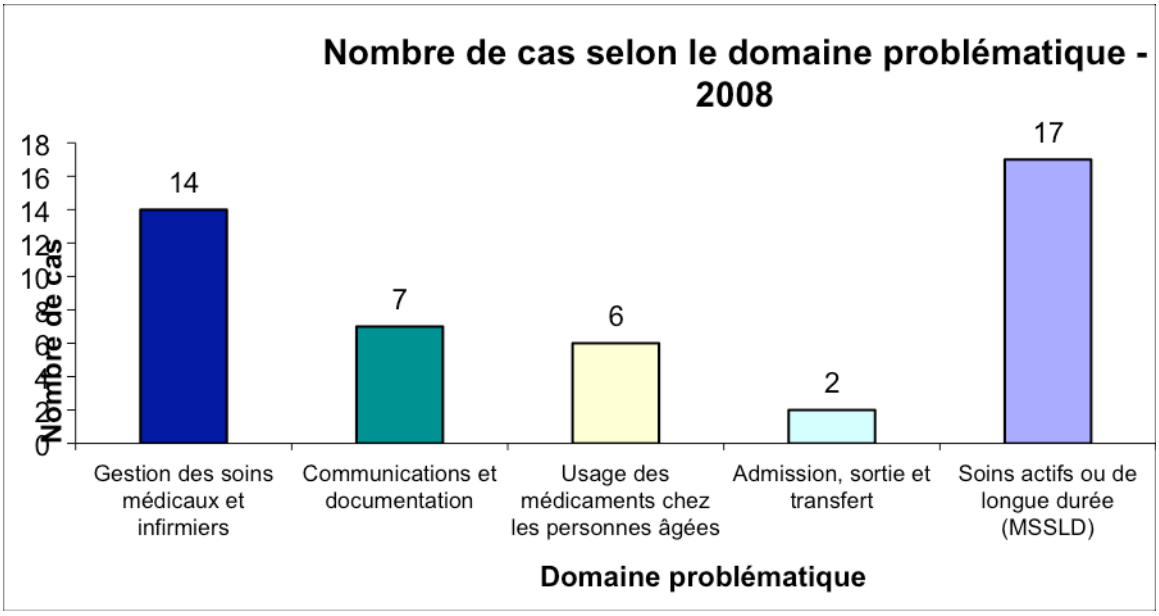
Résumé des recommandations à partir des cas examinés en 2008

Domaine problématique	Nombre de cas où ce problème s'applique *	Nombre de recommandations
Gestion des soins médicaux et infirmiers	7 41 %	14 30 %
Communication et documentation	6 33 %	7 15 %
Usage des médicaments chez les personnes âgées	5 28 %	6 13 %
Procédures d'admission, de sortie et de transfert	2 11 %	2 4 %
Secteur des soins actifs ou de longue durée en Ontario, y compris le ministère de la Santé et des Soins de longue durée	1 6 %	17 38 %

*** Certains cas peuvent présenter plusieurs problèmes. Le pourcentage est calculé à partir du nombre de cas ayant présenté un problème particulier par rapport au nombre total de cas.**

Nombre total de cas examinés	**18**
Nombre total de recommandations formulées	**46**
Nombre total de cas n'ayant pas donné lieu à des recommandations	**2**


Pourcentage des recommandations selon le domaine problématique - 2008
Soins actifs ou de longue durée (MSSLD)
Gestion des soins médicaux et infirmiers
Admission, sortie et transfert
Usage des médicaments chez les personnes âgées
Communications et documentation
Gestion des soins médicaux et infirmiers
Communications et documentation
Usage des médicaments chez les personnes âgées
Admission, sortie et transfert
Soins actifs ou de longue durée (MSSLD)


Nombre de cas selon le domaine problématique - 2008
Nombre de cas
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
14
7
6
2
17
Gestion des soins médicaux et infirmiers
Communications et documentation
Usage des médicaments chez les personnes âgées
Admission, sortie et transfert
Soins actifs ou de longue durée (MSSLD)
Domaine problématique

Examen de cas

Pour démontrer la complexité des questions examinées par le Comité, 6 des 18 cas examinés en 2008 sont présentés dans leur intégralité. Le cas choisi illustre le processus complet et minutieux que suit le Comité dans son examen et la formulation de ses recommandations et met en lumière certains thèmes problématiques généraux qui apparaissent dans tous les cas examinés.

Cas 1

Référence : 0802-0379

Problème

Utilisation d'un élévateur mécanique.

Contexte et historique

En 2000, cette femme âgée a été admise dans un foyer de soins de longue durée, principalement à cause d'une démence avancée. Les autres diagnostics médicaux comprenaient : accidents ischémiques transitoires, saignements gastro-intestinaux non diagnostiqués, ostéoporose, arthrose et hypertension.

En avril 2007, son plan de soins le plus récent indiquait :

1. nécessité d'une assistance totale pour se nourrir et se vêtir;
2. dépendance vis-à-vis du fauteuil roulant avec nécessité d'une contention par ceinture de sécurité;
3. double incontinence;
4. nécessité de deux membres du personnel pour le positionnement;
5. nécessité d'un élévateur mécanique pour les transferts et le bain;
6. contractures au niveau des deux genoux et oedème à un membre inférieur;
7. aucune expression orale en termes de langage;
8. aucun problème comportemental;
9. femme forte avec un indice de masse corporelle de 30,5.

La directive préalable comprenait les points suivants :

1. hospitalisation en soins intensifs, si nécessaire;
2. pas de réanimation cardio-respiratoire (RCR);

3. pas de soins coronariens en unité de soins coronariens.

En avril 2007, ses médicaments habituels étaient les suivants :

1. Bisulfate de clopidogrel : 75 mg une fois par jour;
2. Chlorhydrate de diltiazem à libération prolongée : 90 mg une fois par jour;
3. Furosémide : 40 mg une fois par jour;
4. Tartrate de métoprolol : 50 mg deux fois par jour;
5. Ramipril : 10 mg par jour;
6. Chlorhydrate de sertraline : 50 mg une fois par jour.

Ses médicaments « au besoin » incluaient les suivants :

1. Acétaminophène : 325 mg quatre fois par jour;
2. Suppositoire de bisacodyle dosé à 10 mg une fois par jour;
3. Lait de magnésie : 15 à 30 ml une fois par jour;
4. Lavement au phosphate sodique;
5. Sennosides standardisés : 1 à 4 comprimés de 8,6 mg une fois par jour;
6. Méthylcellulose 0,5 % : 1 goutte dans chaque œil deux fois par jour;
7. Pommade de miconazole à 2 % en cas d'irritation abdominale;
8. Pommade de fluocinonide à 0,05 % en cas d'irritation cutanée.

Après examen des dossiers de soins de longue durée, il semblerait qu'une véritable attention était portée aux besoins de cette femme, avec notamment : physiothérapie, évaluations de la nutrition et de la déglutition, de la continence, de la douleur, de la peau (y compris le risque d'escarre par « l'échelle de Braden ») et documentation régulière des soins médicaux. Il était noté une instruction quant à la contention par ceinture de sécurité pour le positionnement sur le fauteuil roulant à cause des contractures. Comme indiqué dans le dossier, il y avait eu des tentatives d'alternatives à cette contrainte et l'usage des moyens de contention était régulièrement vérifié.

L'examen médical périodique effectué par le médecin traitant en décembre 2006 indiquait la présence d'une démence avancée, d'une douleur dans les mouvements liée à l'arthrose et de contractures progressives malgré la physiothérapie régulière.

Le 27 avril 2007, le médecin traitant a examiné cette femme à cause d'une légère toux et noté que l'auscultation thoracique était claire.

Le 28 avril 2007 à 7 h 00, la préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) chargée du bain de la femme en baignoire a demandé de l'aide. L'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) et l'infirmier autorisé (IA) sont rapidement intervenus en remarquant que le siège de bain était renversé sur le côté avec la femme dans le siège, sur le sol devant la baignoire. Il était noté qu'elle avait une plaie de 1,5 cm de long sur la partie droite du front qui « paraissait profonde ». Ses yeux étaient ouverts et elle semblait effrayée. Aucune perte de conscience n'était mentionnée. L'enregistrement de ses signes vitaux indiquait : pression artérielle à 197/116, pouls à 58-60, fréquence respiratoire entre 20 et 28.
Le 911 a été appelé et l'ambulance est arrivée sept minutes plus tard.

Les détails suivants concernant l'incident ont été notés dans un rapport d'incident par le service de police chargé de l'enquête :

> « Après son bain, la femme a été relevée pour être sortie de la baignoire par la PSSP traitante. La résidente était dans le siège élévateur de la baignoire, la sangle abdominale mise et les barres latérales abaissées, dos contre la baignoire. La PSSP a ensuite fait rouler le siège avec la femme jusqu'à l'extrémité de la baignoire et a enveloppé la femme dans des serviettes pour commencer à la sécher tout en évitant qu'elle ne se refroidisse. Selon la PSSP, le siège était à une hauteur de deux pieds et demi, selon un autre membre de l'équipe soignante il était à un mètre. Le siège était très près du bord de la baignoire. La PSSP s'est ensuite retournée pour rincer la baignoire, tournant ainsi le dos à la femme. C'était une pratique normale pour cette PSSP d'élever le bac pour le rincer puisqu'il se vidait plus facilement en étant surélevé. Elle tenait le tuyau de rinçage dans la main gauche tout en soulevant le bac de la main droite. Le dos tourné à la résidente, elle a entendu le bruit du fauteuil heurtant le sol. Elle a pensé que le fauteuil s'était renversé sur le côté. Avant la chute, elle avait trouvé que la femme semblait bien installée et « bien assise ce jour-là », pas avachie non plus vers l'avant. Elle ne se rappelait d'aucune angoisse ou agitation de la part de celle-ci.
>
> Une autre PSSP, qui venait de quitter la salle de bain quelques secondes auparavant, a confirmé que le bac était relevé à une hauteur d'un pied et demi environ de plus que lorsqu'elle l'avait vu quelques secondes avant. La seconde PSSP a confirmé que le siège était « près » du bord de la baignoire, mais a nié qu'il touchait le bord de la baignoire. »

En salle d'urgence, l'enregistrement des signes vitaux de la femme indiquait : pression artérielle à 143/72, pouls à 73, fréquence respiratoire à 18, température à 36,5° C, saturation en oxygène à 97 % en air ambiant.

Les examens de laboratoire ont révélé la présence d'une élévation de la leucocytémie à 17,0 avec une neutrophilie à 13,7. Les enzymes cardiaques n'ont pas été mesurés.

Une radiographie de la colonne cervicale a révélé la présence d'une ostéopénie et l'absence de fracture. Il y avait une fracture transverse du radius distal droit et de la métaphyse cubitale. Le rapport sur le tomodensitogramme céphalique indiquait :

> « Atrophie corticale et sous-corticale modérée à grave. Tuméfaction des tissus mous sur l'os frontal droit sans fracture sous-jacente. Ventricules symétriques. Pas d'hémorragie intracrânienne. Légère hypodensité des noyaux gris centraux gauches correspondant probablement à un infarctus ancien. Une certaine hypodensité du lobe occipital gauche évoquant un accident ischémique cérébral antérieur. Atrophie cérébelleuse. »

Le traitement en salle d'urgence a consisté à suturer la plaie du front. Une vaccination antitétanique a été administrée. Une consultation par un chirurgien orthopédiste a conduit à l'application d'une bande plâtrée au niveau de la face postérieure du radius après réduction orthopédique sous bloc d'hématome.

La femme a été ramenée au foyer de soins de longue durée par ambulance à 12 h 40. À son arrivée, l'IA a noté qu'elle était froide et moite. Par la suite, la résidente a vomi 30 ml d'un liquide marron foncé et gémissait. Le personnel infirmier a appelé la salle d'urgence pour demander si un analgésique lui avait été administré; on l'a informé que ce n'était pas le cas. À 13 h 49, le médecin traitant a été appelé. À 14 h 30, le médecin a ordonné que la femme soit ramenée en salle d'urgence. Au moment du transfert, les signes vitaux étaient les suivants : Pression artérielle indétectable, Pouls à 114, Fréquence respiratoire à 20 et irrégulière, Saturation en oxygène : 84 à 91 % bien que sous oxygène à 2 l/minute par canule nasale.

À 15 h 10, la femme est arrivée en salle d'urgence où l'on a observé qu'elle était sans réaction et gémissait légèrement. Ses signes vitaux étaient les suivants : Pression artérielle à 52/29, Pouls à 108, Fréquence respiratoire à 33, Saturation en oxygène à 96 % sous oxygène maximal.

Le médecin traitant a discuté avec la famille de la résidente et confirmé l'ordre de ne pas la réanimer et la décision de ne pas pratiquer de soins intensifs, compatibles avec la directive signée et datée du 25 septembre 2006 du foyer de soins de longue durée. Des mesures de confort on été prises et le décès a été prononcé à 7 h 15 le 29 avril 2007.

Autopsie

Une autopsie a été effectuée dont les conclusions sont les suivantes :

1. Blessures traumatiques compatibles avec une chute, notamment :
   a) poignet droit fracturé;
   b) des contusions faciales et des extrémités;
   c) plaie récemment suturée;
   d) légère hémorragie rétropéritonéale
   e) hémorragies sous-durales minimes (2-1 ml) des fosses temporales bilatérales.
2. Bronchite focale aiguë;
3. Nodules calcifiés dans le poumon, le foie et la rate compatibles avec des granulomes sénescents;
4. Atrophie corticale cérébrale aspécifique;
5. Lithiase biliaire.

L'avis du pathologiste était que, au vu des résultats anatomiques, les blessures liées à la chute n'étaient pas suffisantes pour être considérées comme la cause directe du décès.

Le coroner a engagé un expert indépendant pour procéder à l'évaluation du dispositif élévateur de bain afin de déterminer si l'équipement satisfaisait aux spécifications du fabricant et était en bon état de marche. La conclusion indiquait que le dispositif élévateur était parfaitement opérationnel au moment de l'incident.

Le manuel d'utilisation et d'entretien du fabricant était inclus dans la documentation fournie au Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée. Le manuel comprenait les commentaires essentiels suivants :

> « Pour éviter le risque de blessure par renversement ou par toute autre mauvaise utilisation, s'assurer systématiquement que le dispositif élévateur est immédiatement abaissé après avoir fait sortir le résident du bain et qu'un marchepied est prévu lorsque l'élévateur est en position basse. » « MISE EN GARDE ! Faire toujours sortir les résidents du bain en abaissant complètement le bac et en élevant le dispositif élévateur seulement à la hauteur suffisante pour le dégagement du bac. S'assurer que le dispositif élévateur est éloigné d'au moins un pied de la baignoire et des autres équipements. Abaisser systématiquement le dispositif élévateur aussitôt que le résident est sorti du bain. »

Les pratiques et procédures de soins infirmiers du foyer de soins de longue durée pour la douche et le bain datées du 17 janvier 2005 ont également été examinées. Le document traitait principalement des résidents capables de s'asseoir de façon autonome dans une baignoire. Le document indiquait clairement « Ne pas laisser le résident sans surveillance lorsqu'il est dans le bain ».

Discussion

L'autopsie a révélé la présence de blessures traumatiques internes et externes compatibles avec la chute. Bien que le pathologiste examinateur n'ait pas jugé que les blessures soient suffisamment graves pour causer directement la mort et en l'absence d'autres hypothèses pour expliquer le décès, les blessures liées à la chute sont estimées y avoir contribué.

En foyer de soins de longue durée, le bain des résidents âgés souffrant de déficience cognitive et physique importante est une activité à haut risque qui requiert la vigilance de la part des professionnels de la santé.

Dans ce cas spécifique, il est probable que le siège de bain ait été laissé élevé au lieu d'être abaissé comme recommandé dans le manuel du fabricant. Lorsque la PSSP traitante s'est détournée de la résidente pour relever le bac afin de le vider, le siège élévateur s'est renversé, provoquant la chute et les blessures de la résidente.

Les appareils élévateurs mécaniques sont communément utilisés dans les foyers de soins de longue durée partout en Ontario. Bien qu'il existe des exigences émanant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou de l'industrie pour l'utilisation sans risque de ces appareils, il faut fournir aux foyers de soins de longue durée les ressources adéquates en personnel formé et qualifié pour la manipulation de ces appareils.

Recommandations :

1. Tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario devraient réviser leurs pratiques et procédures concernant l'utilisation des élévateurs mécaniques pour le bain et les transferts. Pour optimiser la sécurité des résidents, la présence de deux membres du personnel pour le transfert devrait être obligatoire.

2. Tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario devraient exiger que les professionnels de la santé qui utilisent des élévateurs mécaniques pour le bain ou le transfert des résidents âgés suivent une formation initiale avec certification et renouvellement périodique de la certification pour la manipulation de ces appareils.

Cas 2

Référence 0805-0382

Problème

L'offre de soins palliatifs dans le cadre de soins de longue durée.

Contexte et historique

Il s'agit d'une femme de 88 ans, résidente d'un foyer de soins de longue durée où elle a séjourné pendant trois mois environ, du jour de son admission à celui de son décès, le 9 janvier 2008. La pathologie médicale initiale majeure justifiant son admission était une insuffisance cardiaque en phase finale/tardive dont les causes principales étaient une coronaropathie et une sténose aortique.

Le déclin clinique de la patiente, associé à une confusion mentale et doublé d'une grave dyspnée bien documentée, s'est manifesté à partir de janvier 2008 pour en arriver au stade où son médecin de famille et son fils (également médecin) ont jugé qu'elle était en train de mourir de son insuffisance cardiaque, et que des soins palliatifs/de fin de vie étaient souhaitables et devaient être mis en place. Ce dernier choix se basait sur la nette conviction du fils et du médecin de famille qu'elle ne voulait pas être transférée en hôpital de soins actifs, ce dont elle avait déjà fait l'expérience par le passé, et qu'elle souhaiterait, dans ces circonstances, que sa fin de vie soit aussi confortable que possible.

Le déroulement des événements a comporté un passage du chlorhydrate d'hydromorphone par voie orale, qu'elle prenait depuis de nombreux mois pour sa sévère dyspnée et pour ce qui semblait être des douleurs musculo-squelettiques, au chlorhydrate d'hydromorphone parentéral (par voie sous-cutanée) en doses progressivement croissantes. Il est apparu clairement que la voie sous-cutanée n'était pas la voie d'administration idéale pour le chlorhydrate d'hydromorphone dans le cadre de soins essentiellement palliatifs/de fin de vie. Le soir du 9 janvier 2008, le médecin de famille s'est procuré un appareil de perfusion intraveineuse à l'hôpital local où il travaillait. Une infirmière locale de l'hôpital s'est portée volontaire pour l'aider à installer cet appareil de perfusion intraveineuse car le médecin n'avait pas effectué un tel geste depuis de nombreuses années.

L'équipement de perfusion intraveineuse a été correctement installé et, durant les deux heures suivant 21 h 00, la patiente a reçu un certain nombre de petites doses de chlorhydrate d'hydromorphone et d'halopéridol pour essayer de contrôler les symptômes évidents de dyspnée et la « terreur » apparente qui accompagnait sa gêne respiratoire. Le médecin de famille a signalé que la patiente semblait plus souffrir que tous les patients qu'il avait auparavant traités. La patiente présentait des signes de respiration de Cheyne-Stokes. Au bout de deux heures environ sous chlorhydrate d'hydromorphone (6 mg au total, en trois injections) et d'halopéridol (dose totale de 5 mg), la patiente semblait moins souffrir. Quarante-cinq minutes plus tard, la patiente est décédée dans un état de bien-être, sa famille à son chevet.

Discussion

En ce qui concerne les problèmes soulevés et relevés par le personnel du foyer de soins de longue durée, le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée a formulé les commentaires suivants :

1) Le premier problème a été abordé par le coroner en expliquant le concept philosophique et clinique du « double effet », par lequel le principal résultat souhaité serait, dans ce cas comme dans la plupart des cas de soins palliatifs/de fin de vie, une diminution de la souffrance aussi bien physique que mentale. S'il existe un effet secondaire, comme une réduction des efforts respiratoires, provoquant peut être le décès un peu plus précocement que si l'objectif principal n'avait pas été pris en charge de manière adaptée, cet effet secondaire est accepté comme un événement

inévitable et par conséquent acceptable pour satisfaire l'objectif principal. Le problème principal d'un point de vue légal et éthique est celui de « l'intention », qui était dans ce cas le soulagement de la souffrance.

Dans le contexte des soins palliatifs, de nombreux praticiens se sont détournés dans leur pratique de l'utilisation même du concept de « double effet », dont les racines sont philosophiques et religieuses, et se sont concentrés sur les objectifs du traitement comme étant le fil directeur de l'intervention. De nombreux médecins de soins palliatifs croient que le concept clinique de « double effet » n'est pas très fréquent et que si les médicaments sont administrés de façon croissante, le problème de la dépression respiratoire devient presque hors sujet. Ceci étant dit, l'approche des soins de confort à la patiente, à une étape manifestement terminale de sa maladie, était l'approche compassionnelle et cliniquement appropriée.

Dans les cas extrêmes, les médecins de soins palliatifs ont parfois recours à ce qu'ils appellent la « sédation palliative » lorsque la souffrance est telle que les cocktails habituels d'analgésiques et de sédatifs ne permettent plus de la maîtriser. Dans de telles situations, des tentatives peuvent être faites de provoquer chez la personne un état d'abrutissement ou de sommeil afin de soulager une souffrance autrement irrémédiable, tandis que la maladie suit son cours jusqu'à la survenue du décès.

Rien dans le scénario clinique présenté, ni dans les étapes suivies sous l'autorité aussi bien du mandataire (le fils de la défunte) que du médecin traitant, ne suggère que les professionnels de la santé ont agi de manière inadéquate en répondant aux besoins de soins palliatifs/de fin de vie de cette patiente.

2) Le second problème est de déterminer si l'infirmière hospitalière venue du contexte hospitalier de soins actifs pour aider le médecin traitant à installer l'appareil de perfusion intraveineuse a ou non agi de façon professionnelle. Là encore, comme le mentionne la déclaration du coroner, toutes les étapes suivies par le médecin traitant et l'infirmière ont été cliniquement appropriées. Si l'infirmière était une infirmière autorisée (ce qui semble être le cas), la pose d'un appareil de perfusion intraveineuse relève de son champ d'activité. Elle a par ailleurs reçu l'ordre du médecin de procéder ainsi, ce qui est une obligation suffisante au plan professionnel. Que le foyer de soins de longue durée ait, ou devrait avoir, une procédure pour faire appel à un prestataire externe de soins de santé autorisé ayant certaines prérogatives appropriées à la situation ou temporaires pour ce type d'intervention, est un problème administratif mineur. Si le médecin du foyer de soins de longue durée en était également le directeur médical, il pouvait vraisemblablement attribuer de manière verbale et temporaire les prérogatives pour assumer cette intervention. Si le foyer de soins de longue durée ne possède pas de procédure pour ce genre de situation, il devrait étudier la démarche à adopter pour la permettre dans des circonstances urgentes qui peuvent se produire pour certains patients (tel le cas présent) ou lorsqu'un événement de plus grande envergure survient, comme une situation d'urgence de masse où de nombreux professionnels de la santé externes peuvent être appelés pour fournir des soins et des services au sein de l'établissement.

Les problèmes importants soulevés par ce cas devraient être communiqués à tous les responsables de prestation de soins de longue durée, notamment pour la phase terminale de vie dans les foyers de soins de longue durée. Les professionnels du domaine reconnaissent que beaucoup de médecins et de directeurs de foyers de soins ne sont pas à l'aise avec l'usage des opiacés et peuvent ressentir une gêne lorsque ces drogues sont utilisées, surtout si les doses requises pour obtenir un apaisement paraissent élevées. Beaucoup de médecins et de prestataires de soins de santé se débattent avec la question de la dose « convenable » pour le contrôle des symptômes lorsque se pose le problème de précipiter la mort. Cette question a été abordée dans la discussion à propos du « double effet ». Ceci pose particulièrement problème pour les professionnels moins expérimentés dans les principes et les pratiques des soins palliatifs et de fin de vie. La réglementation stricte concernant l'usage de cette classe de médicaments reflète l'inquiétude de la société et des collèges professionnels de contrôle quant à l'utilisation inappropriée de tels médicaments.

L'acquisition de connaissances thérapeutiques sur les narcotiques et autres médicaments de contrôle des symptômes devrait constituer un objectif important pour tous les médecins et autres prestataires de soins de santé qui peuvent intervenir dans les soins palliatifs ou de fin de vie. C'est particulièrement le cas dans le système de soins de longue durée où l'on devrait s'attendre à ce que la plupart des résidents qui développent des affections malignes préfèrent mourir plutôt qu'être transférés vers des unités spécialisées en soins palliatifs ou des « hospices ». Le transfert des résidents de soins de longue durée nécessitant des soins palliatifs vers des unités ou des programmes spéciaux ne devrait avoir lieu que rarement.

En outre, les médecins doivent être conscients du fait que les organismes de contrôle comprennent que le processus des soins palliatifs ou de fin de vie nécessite l'usage approprié de médicaments opiacés et que, parfois, des doses très importantes de narcotiques peuvent être nécessaires. Généralement, lorsque les organismes de contrôle vérifient que les médecins remplissent leurs responsabilités éthiques, professionnelles et légales, ils devraient tenir compte des raisons et du contexte ayant motivé la posologie narcotique, plutôt que d'une dose spécifique administrée à un moment donné.

Le concept selon lequel le décès peut être avancé dans le temps par l'administration de narcotiques appropriés pour le soulagement palliatif de la douleur est depuis longtemps accepté comme fondé du point de vue éthique et légal. Le point crucial de l'argument est « l'intention » qui motive l'administration du médicament. Chez un patient nécessitant des soins palliatifs, mais non exposé auparavant à des narcotiques pour le soulagement d'une douleur, l'administration de tels médicaments à une dose très élevée ayant manifestement provoqué une mort rapide, devrait être considérée avec préoccupation, surtout lorsque la documentation au sujet des objectifs de la thérapie et du processus adopté pour les atteindre est insuffisante. Cependant, si la raison de l'administration de doses est clairement indiquée, si la posologie a été progressivement augmentée, et si les résultats obtenus avec les doses précédentes sont documentés, la conclusion est celle d'un soin approprié.

Il est notoire que beaucoup de patients ayant besoin d'un soulagement de leur douleur en fin de vie n'ont pas bénéficié d'un tel soin. Malgré les nombreux écrits existant sur le sujet et les initiatives prises pour rectifier la situation, nous n'avons pas encore atteint le stade où nous pouvons convaincre nos médecins que leurs patients ne sont pas obligés de souffrir. De la

même manière que les représentants d'un patient se doivent de respecter les vœux de celui-ci, le médecin a la responsabilité éthique et professionnelle de tenir compte de ces vœux dans la mesure où ils sont exprimés de façon raisonnable, et d'avoir les connaissances nécessaires pour mettre en œuvre les soins appropriés convenus. L'objectif commun du médecin et des représentants d'un patient devrait être de prendre les dispositions nécessaires pour garantir à cette personne, quand c'est possible, un soulagement de sa souffrance et de sa douleur en fin de vie, de manière à ce que les médecins puissent avoir le sentiment de s'être acquittés de leur devoir professionnel, et les familles, de leurs obligations familiales et affectives.

En résumé, rien ne laisse suggérer que le traitement prodigué par le médecin de premier recours ait été peu professionnel ou cliniquement suspect. Le médecin a agi de la manière la plus compassionnelle et réconfortante pour répondre aux besoins cliniques extrêmes des soins palliatifs/de fin de vie de cette patiente, mais aussi satisfaire la demande de son mandataire, qui explicitait clairement les vœux qu'elle avait exprimés. La question de l'infirmière externe intervenant pour aider le médecin traitant pose tout au plus un problème administratif mineur concernant la façon dont de telles prérogatives sont approuvées par l'établissement pour des professionnels de la santé externes autorisés, dans des situations courantes et des situations d'urgence. Le rôle de l'infirmière était simplement un soutien au médecin et tous ses actes relevaient de son champ d'activité, dans la mesure où ils étaient ordonnés par le médecin.

Recommandations :

1. Les principes des soins palliatifs/de fin de vie doivent devenir des valeurs fondamentales et primordiales pour prendre en charge la population âgée fragile des foyers de soins de longue durée, qui devrait pouvoir vieillir sur place et, lorsque c'est jugé approprié, mourir sur place.

2. Le cadre professionnel, clinique, juridique et réglementaire des soins palliatifs/de fin de vie devrait faire partie des programmes de perfectionnement de tous les foyers de soins de longue durée, et du matériel pédagogique devrait être mis à la disposition de tous ces établissements dans la province. D'ici là, étant donné qu'il existe un guide des ressources définies en soins palliatifs/de fin de vie en Ontario, les foyers de soins de longue durée devraient étudier les ressources déjà disponibles, comme celles élaborées par le réseau NICE de l'Université de Toronto. Un exemple de manuel de médications en soins palliatifs élaboré par le Centre Baycrest pour ses médecins-stagiaires et son personnel médical est également disponible à titre de référence.

3. Les foyers de soins de longue durée doivent disposer des ressources nécessaires pour répondre aux besoins en soins palliatifs/de fin de vie de leurs résidents. Ces ressources devraient être définies par les personnes responsables de telles prestations et inclure aussi bien les ressources humaines que les ressources techniques et pharmacologiques pour atteindre ces objectifs.

Cas 3

Référence 0807-0384

Problème

Gestion des personnes âgées en salle d'urgence.

Contexte et historique

Il s'agit d'un homme de 78 ans qui habitait avec un pensionnaire dans une maison à deux étages. Il vivait de façon autonome, avec une aide sous forme de repas livrés à domicile et de visites quotidiennes organisées par le centre d'accès aux soins communautaires (CASC). Il utilisait un déambulateur et employait des personnes pour l'aider aux travaux domestiques. En mai 2007, il a été admis à l'hôpital pour une pneumonie. L'évaluation d'admission indiquait qu'il n'avait que « peu de contact avec ses enfants ».

Les antécédents médicaux du patient comprenaient notamment :

1. un accident vasculaire cérébral;
2. une broncho-pneumopathie obstructive chronique;
3. un diabète sucré;
4. un reflux gastro-oesophagien;
5. un prostatisme;
6. une coronaropathie avec un infarctus du myocarde;
7. une insuffisance cardiaque congestive;
8. une anémie;
9. une appendicectomie.

Les médicaments du patient incluaient :

1. Bisulfate de clopidogrel;
2. Gluconate de fer;
3. Acétaminophène combiné à 30 mg de codéine;
4. Furosémide;
5. Finastéride;
6. Chlorhydrate de metformine;
7. Chlorhydrate de métoclopramide,
8. Oxybutynine;
9. Pantoprazole sodique;
10. Chlorhydrate de trazodone;
11. Chlorhydrate de terbinafine;
12. Furoate de mométasone.

Le 18 août 2007 à 0 h 58, le service d'ambulance a reçu un appel pour intervenir à la résidence de cet homme car il était tombé. Les notes d'évaluation de l'ambulance indiquaient que l'homme était tombé de sa hauteur, avait heurté le bras en bois d'un fauteuil et avait été trouvé couché sur le côté, sur le sol de la salle de séjour. Il était mentionné qu'il n'avait pas eu de perte de conscience, mais qu'il s'agissait apparemment de sa troisième chute en l'espace de trois jours. Le patient se plaignait de douleur à l'épaule droite et aux côtes droites. Ses signes vitaux étaient les suivants : pression artérielle à 148/98, pouls à 108 et fréquence respiratoire à 12.

Le patient a été transporté en salle d'urgence, où il est arrivé à 2 h 09. Le personnel infirmier a noté, à 2 h 15, que l'homme était tombé en arrière de sa hauteur alors qu'il utilisait son déambulateur, et qu'il s'était cogné la tête sur une berceuse. Il se plaignait de douleur à l'épaule droite, au cou et au thorax. Au moment de son arrivée, il était incontinent, au plan urinaire comme au plan intestinal.

À 3 h 06, le médecin a examiné l'homme, qui a déclaré qu'il s'était levé, était tombé en arrière et s'était cogné l'épaule droite et le thorax contre un fauteuil. L'homme affirmait ne pas avoir perdu conscience. Il se plaignait d'une douleur sur le côté droit du thorax lors des inspirations profondes, mais ne présentait aucun essoufflement. À l'examen, le patient était endolori au niveau costal droit sur la ligne axillaire antérieure. Aucun examen de laboratoire n'a été effectué. Une radiographie thoracique et costale droite a révélé la présence d'une fracture de la neuvième côte. De l'acétaminophène combiné à 30 mg de codéine a été administré contre la douleur. À 7 h 05, les signes vitaux du patient étaient les suivants : pression artérielle à 117/67, pouls à 99 et fréquence respiratoire à 16.

Le patient est sorti de la salle d'urgence à 10 h 35. Les notes du personnel infirmier indiquaient qu'il se sentait mieux après l'administration de l'analgésique. Les instructions de sortie comportaient : acétaminophène combiné à 30 mg de codéine, exercices de respiration profonde et consigne de retour en salle d'urgence en cas d'apparition d'un essoufflement.

À 14 h 09, le même jour, le service d'ambulance a reçu un appel pour un « collapsus » à la résidence du patient. Apparemment, l'homme était aux toilettes, avec quelqu'un pour l'aider, lorsqu'il s'est effondré sur le sol moquetté. Ses respirations étaient d'abord superficielles, puis il a cessé de respirer pendant l'appel au 911. Une réanimation cardio-respiratoire (RCR) était en cours lorsque l'équipe ambulancière est arrivée. À 14 h 28, l'électrocardiogramme mettait en évidence une pause cardiaque. Le patient a été intubé à 14 h 32. De l'adrénaline et du sulfate d'atropine lui ont été administrés. La canule trachéale s'étant délogée, elle a été repositionnée à 14 h 47. Après l'administration d'un bolus de 250 cc. de soluté isotonique de chlorure de sodium, de trois doses d'adrénaline et de trois doses de sulfate d'atropine, un pouls était obtenu. La pression artérielle du patient initialement à 100/71 avait chuté à 58/30. Une perfusion de dopamine a été installée.

À 15 h 22, le patient est arrivé en salle d'urgence, ayant reçu 1400 cc. de soluté isotonique de chlorure de sodium. Sa pression artérielle était à 40/30. Une radiographie pulmonaire et des examens de laboratoire ont été effectués; ces derniers indiquaient : hémoglobine à 77, glucose à 17,8, sodium à 126, azote uréique sanguin à 5,1, créatinine à 126, potassium à 4,

chlore à 94 et INR à 1,3. Une analyse toxicologique a été effectuée, car on craignait que ce patient se soit volontairement intoxiqué. Les résultats de ce contrôle se sont avérés négatifs.

Après un échange avec le mandataire du patient, ce dernier a été débranché du respirateur. Le décès a été prononcé à 16 h 36.

Il était indiqué que l'homme avait une infection urinaire. Le compte-rendu des radiographies thoraciques a été effectué par le radiologue le 20 août 2007, soit deux jours après le décès. Aucune radiographie ne mettait en évidence la présence d'un hémothorax. Des fractures non déplacées des 8e, 9e et 10e côtes droites étaient indiquées ainsi qu'un pneumothorax latéral droit modéré. Le dernier cliché révélait un petit emphysème sous-cutané sur la cage thoracique latérale droite.

Autopsie

L'autopsie a révélé la présence d'un hémothorax latéral droit de 400 ml, de fractures des 8ème, 9e et 10e côtes droites, d'une congestion pulmonaire, d'une triple coronaropathie grave et d'un infarctus myocardique ventriculaire gauche ancien. Le pathologiste a conclu que le décès était dû à une insuffisance coronaire aiguë, la perte sanguine due à l'hémothorax latéral droit constituant un facteur aggravant.

Discussion

Le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée ne cesse de voir des cas impliquant la gestion des personnes âgées en salle d'urgence. Le cas présent est un nouvel exemple des problèmes médicaux complexes auxquels sont confrontés les professionnels de la santé en salle d'urgence lorsque se présentent des cas qui, à priori, ne semblent être qu'une simple plainte médicale isolée.

Cet homme de 78 ans s'est présenté au service d'urgence d'un hôpital général après une chute à son domicile. Un problème apparaît dans le fait que les ambulanciers ont noté que le patient était tombé trois fois en l'espace de trois jours et que ces informations n'étaient documentées ni par le personnel infirmier, ni par le médecin en salle d'urgence. Des chutes fréquentes chez les personnes âgées peuvent révéler une modification au plan fonctionnel, ce qui devrait provoquer une investigation pour en trouver la cause. En outre, l'apparition de chutes fréquentes chez une personne âgée devrait faire envisager une évaluation de la sécurité à domicile, afin d'établir la nécessité éventuelle d'adapter le lieu de vie ou de faire appel à des services de soutien à domicile additionnels.

Il n'est pas surprenant que l'hémothorax n'ait été diagnostiqué ni par le radiologue, ni par le médecin de salle d'urgence. Environ 15 % des fractures costales ne sont pas détectées en pratique courante sur les clichés sans préparation, surtout chez les personnes âgées. Les fractures non déplacées passent plus facilement inaperçues que les fractures déplacées. Dans le cas présent, trois fractures ont été identifiées par le radiologue, et une seule constatée par le médecin de salle d'urgence.

Onze jours avant cet incident, l'hémoglobine de cet homme était à 126 g/l. Au moment de l'autopsie, seuls 400 cc. de sang ont été détectés dans le thorax. Les 77 g/l d'hémoglobine signalés après le décès étaient étonnants, étant donné qu'une unité de sang total équivaut à 450 cc. et que l'administration d'une unité n'augmenterait l'hémoglobine que de 10 g/l. Par conséquent, la perte d'une quantité de sang de cette ampleur, comme c'était le cas chez cet homme, aurait dû entraîner une baisse d'hémoglobine de 10 g/l. Cela signifie que le taux d'hémoglobine de cet homme, sans autre cause de perte sanguine, aurait dû se trouver aux environs de 116 g/l, plutôt qu'à 77 g/l.

Si des examens de laboratoire avaient été effectués lors de la première visite du patient en salle d'urgence, la chute d'hémoglobine aurait pu être détectée et une évaluation complète effectuée. Cette évaluation aurait pu permettre de diagnostiquer la cause des chutes du patient et d'éviter de nouvelles chutes.

En l'absence de résultats de laboratoire anormaux au moment de sa première présentation en salle d'urgence, l'admission à l'hôpital n'était pas indiquée.

Recommandations :

1. Rappeler aux professionnels de la santé qui travaillent en salle d'urgence l'importance d'obtenir toutes les informations cliniques pertinentes sur les personnes âgées qui se présentent pour une évaluation en urgence. On n'insistera jamais assez sur l'importance d'obtenir des renseignements spécifiques, notamment sur les événements ayant provoqué le transfert et sur l'examen du rapport ambulancier.

2. Rappeler aux professionnels de la santé que les personnes âgées qui tombent et se présentent en salle d'urgence devraient subir une évaluation médicale complète, y compris des examens de laboratoire et une imagerie appropriés, afin d'identifier à la fois la lésion et les étiologies possibles de la ou des chutes. La documentation des résultats de l'évaluation et des examens devrait figurer obligatoirement dans le dossier médical.

3. Les professionnels de la santé qui travaillent en salle d'urgence devraient élaborer un protocole d'investigation pour les personnes âgées qui se présentent à la suite de chutes, car le risque de décès chez ces personnes est accru, tout comme celui des personnes âgées qui se plaignent d'une douleur thoracique.

Cas 4

Référence 0812 – 0385

Problème

Gestion des résidents âgés atteints de démence qui ont des comportements anormaux, dans le contexte des soins de longue durée.

Contexte et historique

Il s'agit d'une femme de 78 ans, résidente d'un foyer de soins de longue durée depuis six mois au moment de son décès. Ses antécédents médicaux comprenaient les éléments suivants :

1. cholécystectomie;
2. coccyx fracturé suite à une chute en 2002;
3. ostéoporose;
4. arthrose;
5. zona compliqué d'une névralgie post-herpétique en 2001;
6. démence, diagnostiquée en 2007 comme une maladie d'Alzheimer avec caractéristiques frontales notables.

Avant août 2006, la femme vivait chez elle avec le soutien de ses deux nièces. À cause de divers problèmes de sécurité (égarement, casseroles et aliments brûlés sur la cuisinière, nutrition insuffisante, anémie et perte de poids), elle avait été hospitalisée à l'hôpital général. Elle avait été minutieusement examinée, y compris lors d'une consultation par un psychiatre gériatrique du service d'intervention en soins gériatriques du programme régional de gérontopsychiatrie. Les diagnostics étaient les suivants :

1. syndrome myélodysplasique, son taux d'hémoglobine se situant entre 80 et 100 g/l;
2. maladie d'Alzheimer avec anxiété et manifestations comportementales d'égarement, d'agitation, et d'agression verbale et physique.

Le 9 novembre 2006, la femme a été admise dans le foyer de soins de longue durée. Le personnel infirmier a noté qu'elle pouvait se déplacer seule, nécessitait l'aide d'un membre du personnel pour toutes ses activités de la vie quotidienne, et était incontinente au plan urinaire et parfois intestinal. Ses médicaments incluaient :

1. Acétaminophène, au besoin;
2. Risédronate sodique hémi-pentahydraté, 35 mg par semaine;
3. Chlorhydrate de donépézil, 10 mg une fois par jour;
4. Gluconate ferreux, 300 mg trois fois par jour;
5. Oméprazole, 20 mg une fois par jour;
6. Acide acétylsalicylique/Caféine/Butalbital, 1 comprimé trois fois par jour;
7. Tartrate de rispéridone, 1 mg deux fois par jour et 0,5 mg au repas de midi;

8. Bromhydrate de citalopram, 10 mg une fois par jour;
9. Acide folique, 5 mg une fois par jour;
10. Vitamine B12 en injection mensuelle;
11. Chlorhydrate de trazodone, 12,5 à 25 mg trois fois par jour, au besoin;
12. Docusate sodique;
13. Sennosides standardisés.

Après une évaluation complète, effectuée par l'équipe du foyer de soins de longue durée, la femme a commencé à suivre des programmes et des activités de loisirs. Durant les deux premiers mois de son séjour dans ce foyer, ses comportements étaient variables et se présentaient ainsi :

1. Elle errait dans l'établissement et entrait dans les chambres des autres résidents;
2. Elle suivait le personnel dans les chambres des autres résidents;
3. Elle était « sur le dos » du personnel pendant le travail;
4. Elle était agressive verbalement et criait, notamment dans la salle à manger;
5. Elle hurlait et crachait sur les autres résidents.

La femme était suivie par son médecin traitant et par le personnel du service d'intervention en soins gériatriques. Ses médicaments étaient ajustés de temps à autre.

Le 24 janvier 2007, la femme est tombée et a été trouvée couchée sur le dos, par terre à côté de son lit. Une bandelette adhésive lui a été mise sur une petite entaille qu'elle avait subie au sourcil gauche. Elle n'avait pas d'autre blessure.

Le soir du 31 janvier 2007, une préposée aux services de soutien à la personne (PSSP) travaillait à l'étage, où elle s'occupait de 25 à 30 résidents. Elle travaillait seule car ses deux collègues étaient partis pour leur pause du souper. Une infirmière autorisée (IA) était de garde, mais se trouvait dans une autre unité de l'établissement. La femme se promenait dans le couloir en compagnie d'une autre résidente; elles étaient l'une et l'autre agitées. Toutes les deux voulaient que l'autre parte avec la PSSP dans un autre endroit. Lorsque leur désaccord en est venu aux cris, la PSSP a laissé le résident dont elle s'occupait pour aller dans le corridor. Elle a estimé qu'il fallait les séparer et a appelé à l'aide une PSSP d'un autre secteur pour escorter les deux femmes depuis la fin du corridor. Lorsque la PSSP est allée prodiguer des soins à un résident malade dans une autre chambre, elle a assis l'autre résidente sur une chaise à l'extérieur de la chambre. La seconde PSSP est retournée dans son unité habituelle et la femme est revenue.

La PSSP l'a assise sur une chaise en face de l'autre résidente et leur a demandé de lui « laisser cinq minutes », puis elle est retournée prodiguer des soins à un autre résident malade. Le ton est monté entre la femme et l'autre résidente et elles se sont levées toutes deux de leur chaise pour venir à la porte de la chambre où la PSSP dispensait des soins. Cette dernière les a vues crier et se tirer par les bras l'une et l'autre. La PSSP a posé ce qu'elle portait pour aller à la porte et intervenir auprès des résidentes lorsqu'elle a vu l'autre résidente pousser la femme, qui est tombée. D'autres membres du personnel du foyer de soins de longue durée ont immédiatement été appelés. Comme la femme se plaignait d'une vive douleur à l'épaule, au

bras et à la hanche droits, des dispositions ont été prises pour la transférer à l'hôpital général local.

À l'hôpital général ont été diagnostiquées une fracture non déplacée de la mi-diaphyse proximale de l'humérus droit et une fracture intertrochantérienne de la hanche droite. Après discussion avec les nièces qui étaient ses mandataires, la femme a été transférée à l'hôpital général régional où elle a subi une réduction chirurgicale avec fixation interne de la hanche fracturée. Un traitement conservateur avec immobilisation a été pratiqué pour l'humérus fracturé.

Le 5 février 2007, la femme a été ramenée dans le foyer de soins de longue durée. Par la suite, son état clinique a progressivement décliné jusqu'à son décès, le 22 mai 2007, que l'on suppose être dû à une pneumonie.

Le traitement de la douleur liée à la fracture de l'humérus a d'abord été un problème, mais les professionnels de la santé du foyer de soins de longue durée l'ont bien géré. La femme a d'abord retrouvé une certaine mobilité grâce à la physiothérapie et aux soins infirmiers, mais cela n'a été que de courte durée, car progressivement elle est devenue moins désireuse et moins capable de marcher. Elle présentait une perte importante d'appétit sans cause médicale évidente. Un programme d'intervention diététique a été adopté, avec suppléments nutritifs et assistance individuelle du personnel au moment des repas. Malgré cela, la femme a perdu 10 à 11 kilogrammes entre le 31 janvier et le 22 mai 2007, date de son décès.

L'autre résidente impliquée dans l'altercation, âgée de 69 ans, avait été admise dans l'établissement de soins de longue durée avec un diagnostic de maladie d'Alzheimer assortie de fortes caractéristiques comportementales et psychotiques, notamment égarement, hallucinations visuelles, agression verbale (par ex. cris et jurons), ainsi que le fait de suivre ou rôder autour des autres, y compris le personnel. Elle était suivie en consultation par le personnel du service régional d'intervention en soins gériatriques, toutes les deux semaines environ. Ses médicaments étaient souvent ajustés. Le psychiatre consultant a établi que la résidente aurait intérêt à être admise à l'hôpital psychiatrique universitaire régional pour une évaluation et l'ajustement de ses médicaments.

Le 26 juillet 2006, la résidente a été admise à l'hôpital psychiatrique où elle a séjourné jusqu'au 2 novembre 2006. La date de sortie et de retour dans l'établissement de soins de longue durée avait été établie à l'avance, au moment de son admission. À son retour dans l'établissement de soins de longue durée, la femme prenait les médicaments suivants :

1. Gabapentine;
2. Chlorhydrate de trazodone;
3. Olanzapine;
4. Chlorhydrate de mémantine;
5. Bromhydrate de galantamine.

Au moment de sa réadmission dans l'établissement de soins de longue durée, la résidente était décrite comme coopérative lors des soins, sans épisodes d'agression envers le personnel ou les autres résidents.

Ensuite, son comportement s'est détérioré avec une anxiété manifeste et un retour à son comportement antérieur consistant à suivre les autres ou rôder autour d'eux, mais de façon moins fréquente. Son premier épisode d'agression a été l'altercation avec l'autre femme, aujourd'hui décédée.

Discussion

Le principal problème soulevé par ce cas est la difficulté à gérer les résidents âgés atteints de démence ayant des comportements anormaux, dans le contexte des soins de longue durée, lorsque le personnel ne peut pas les surveiller de près à cause des soins à dispenser aux autres résidents.

Au cours des 20 dernières années, la population résidente des établissements de soins de longue durée a énormément changé. Il y a eu une augmentation considérable de la proportion de résidents souffrant de troubles médicaux complexes chroniques, ainsi qu'une prévalence élevée de démence assortie de complications psychiatriques et comportementales.

En mars 1998, le rapport sur les besoins de soins infirmiers directs des résidents en soins de longue durée en Ontario (Affaires des personnes âgées) énonçait :

> « 17 % des résidents nécessitent au moins 3 heures de soins par jour, 55 % des résidents nécessitent moins de 90 minutes de soins par jour et les 28 % restant nécessitent entre 90 minutes et 3 heures de soins par jour. »

En opposition, un rapport récent, daté de mai 2008, intitulé « Des femmes et des hommes au service des autres : Leur retentissement sur la qualité de la vie et des soins dans les foyers de soins de longue durée – Rapport de l'Examen indépendant des normes en matière de soins et de dotation en personnel pour les foyers de soins de longue durée en Ontario », effectué au centre de santé St. Elizabeth pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, énonçait :

> Dans les établissements de soins de longue durée en Ontario, « le nombre moyen d'heures de soins infirmiers et de soins à la personne rémunérés, par pensionnaire et par jour, varie de 1,9 à 5,1 heures. »

Ces statistiques reflètent nettement l'augmentation de la complexité médicale des résidents et des besoins en soins pendant les 20 dernières années.

Le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée a examiné un certain nombre de cas où des résidents d'établissements de soins de longue durée souffrant de démence ont causé la mort d'autres résidents en les agressant physiquement. Le Comité est conscient des efforts mis en œuvre par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour améliorer les compétences du personnel infirmier des établissements de soins de longue durée relatives à la gestion de ce type de résidents. Des initiatives comme

« Psychogeriatric Resource Consultants » et « P.I.E.C.E.S. » (www.piecescanada.com) sont des exemples de programmes de formation disponibles pour les professionnels de la santé travaillant dans les établissements de soins de longue durée.

L'apprentissage sensibilise les esprits, mais les meilleures pratiques enseignées dans ces programmes sont souvent au-delà de la capacité du personnel à les intégrer ou à changer leurs méthodes. Aucune formation et aucun perfectionnement des compétences du personnel des établissements de soins de longue durée ne peuvent remplacer un effectif suffisant pour dispenser les soins et la surveillance nécessaires afin de répondre aux besoins de tous les résidents en matière de soins et de sécurité et ce, à tout moment.

S'il y avait eu un effectif adéquat de personnel de garde dans l'établissement de soins de longue durée le soir de l'agression pour assurer une surveillance directe renforcée, l'intervention du personnel aurait pu empêcher cette altercation qui a provoqué le décès d'une résidente. S'il avait été possible de s'occuper de cette femme et de l'autre résidente, par une surveillance directe, par la distraction ou par d'autres activités, l'altercation et l'agression ayant provoqué le décès auraient pu être évitées.

Ce cas démontre que, même quand tout est fait correctement en termes de gestion médicale spécialisée des résidents âgés, atteints de démence avec complications psychiatriques et/ou comportementales, le résultat peut quand même s'avérer médiocre. Les problèmes soulevés par ce cas relèvent du système de santé. L'autre résidente était examinée minutieusement et régulièrement par le médecin traitant, et bénéficiait de réévaluations régulières et fréquentes, assorties de changements du plan de soins, dans le cadre du programme régional d'intervention en soins gériatriques. Elle avait été admise dans un hôpital psychiatrique spécialisé pour une évaluation et une stabilisation de ses symptômes et de ses comportements pendant un séjour de trois mois avant l'agression. Les comportements de cette résidente étaient bien contrôlés dans le contexte hospitalier.

Cependant, les niveaux de dotation en personnel dans le milieu hospitalier sont beaucoup plus élevés que dans un établissement de soins de longue durée. Lorsque cette résidente est retournée dans l'établissement de soins de longue durée, où il y avait moins de personnel disponible pour gérer ses besoins, ses comportements anormaux ont réapparu presque tout de suite. De plus, il semble que la communication pour le transfert des stratégies de soins entre le personnel hospitalier et celui du foyer de soins de longue durée ait été minime.

Recommandations :

1. Les foyers de soins de longue durée agréés de l'Ontario doivent gérer un nombre croissant de résidents âgés atteints de démence doublée de troubles comportementaux. La formation et les ateliers de perfectionnement offerts dans le cadre du modèle de recrutement existant sont insuffisants pour que le personnel ait la capacité de répondre aux besoins de la population résidente, en matière de soins et de sécurité. Au vu de cette situation, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait examiner de manière urgente le problème de la composition du personnel et des ratios de personnel par résident afin d'assurer que des soins suffisants, adéquats, appropriés, sur le plan médical et de la sécurité, soient dispensés aux résidents âgés des foyers de soins de longue durée agréés.

2. Reconnaissant que la disponibilité d'unités psychiatriques spécialisées pour examiner et traiter en urgence les personnes âgées atteintes de troubles psychogériatriques demeure un problème important, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait prendre des mesures pour s'assurer que la capacité des unités psychiatriques de ce type est suffisante pour répondre aux besoins de la population ontarienne.

Cas 5

Référence 0813 – 0390

Problème

Offre de soins dans un cadre d'autre niveau de soins (ANS).

Contexte et historique

Il s'agit d'une femme âgée de 92 ans qui a immigré au Canada à l'âge de 82 ans pour être proche de sa fille. En 2005, alors qu'elle vivait dans une maison de retraite, elle a reçu un diagnostic de démence pour laquelle elle a suivi un programme de jour, deux fois par semaine.

En octobre 2007, après plusieurs mois de déclin de sa mobilité, elle a cessé de marcher et a commencé à se déplacer en fauteuil roulant. En décembre 2007, elle présentait une altération significative de la mémoire et nécessitait l'assistance d'un centre d'accès aux soins communautaires (CASC) pour les activités courantes de la vie quotidienne (AVQ). Comme cette femme était alors jugée incapable de prendre des décisions, sa fille a présenté une demande d'admission dans un établissement de soins de longue durée agréé. La patiente a été placée sur la liste d'attente d'établissements de soins de longue durée de son choix.

En juin 2008, la femme recevait, dans sa maison de retraite, 10,5 heures hebdomadaires de soins personnels assurés par le CASC.

Le 28 juin 2008, elle a été conduite à la salle d'urgence de l'hôpital général avec une toux, une fièvre et une douleur du membre inférieur. À l'examen, sa température était de 38,5 °C, elle était léthargique et lente à répondre, et son talon droit présentait une ampoule entourée d'un érythème et d'une induration. Les résultats des tests montraient :

1. Radiographie pulmonaire : claire;
2. Leucocytémie à 5,2;
3. Hémoglobine à 106;
4. Glycémie à 12,5 mmol/l;
5. Ionogramme normal;
6. Créatinine normale à 69 µmol/l.

Les médicaments qui lui étaient administrés à la maison de retraite incluaient :

1. Pantoprazole : 40 mg deux fois par jour;
2. L-thyroxine : 0,1 mg une fois par jour;
3. Furosémide : 20 mg une fois par jour;
4. Acétaminophène au besoin;
5. Lopéramide au besoin.

La femme a été admise à l'hôpital général avec comme diagnostics une ulcération infectée du talon droit et un diabète sucré nouvellement diagnostiqué. Ses autres diagnostics médicaux incluaient :

1. démence;
2. diarrhée chronique;
3. arthrose, particulièrement au niveau des épaules et des hanches;
4. dégénérescence maculaire avec altération visuelle;
5. intolérance limite au glucose (sans diabète avéré);
6. hypothyroïdisme;
7. reflux gastro-œsophagien;
8. anémie chronique d'étiologie inconnue;
9. œdème chronique de la cheville.

La femme a reçu tout d'abord en intraveineux des liquides de réhydratation et des antibiotiques, dont la ciprofloxacine et la clindamycine. Le furosémide a été suspendu. Le chirurgien plasticien consulté a recommandé l'utilisation d'un matelas de décompression et d'une botte pour la jambe droite. Une héparine sodique de faible poids moléculaire a été administrée en prophylaxie de l'embolie veineuse. Une radiographie du pied droit n'a pas mis en évidence la présence d'une ostéomyélite.

Les jours suivants, l'hydratation de la patiente s'est améliorée et l'ulcération du talon, après rupture de l'ampoule, s'est révélé être un ulcère de stade 3. Un protocole classique de traitement des plaies a été poursuivi. De l'acétaminophène dosé à 325 mg lui a été administré pour la douleur arthrosique ressentie lors des mouvements. Le 3 juillet 2008, le traitement de la patiente a été permuté pour des antibiotiques oraux. Son hyperglycémie était traitée par des hypoglycémiants oraux, de l'insuline à longue durée d'action au coucher, et de l'insuline à courte durée d'action au besoin, tandis que l'ajustement de ses autres traitements était en cours. Ses glycémies capillaires étaient étroitement surveillées. À la suite de l'évaluation de son état nutritionnel, on lui a administré des suppléments protéiniques, du zinc par voie orale et de l'acide ascorbique.

La femme a alors développé une suffocation et une toux lors de la déglutition. Le 7 juillet 2008, après évaluation de la patiente, l'orthophoniste a recommandé des liquides sous forme de « nectars épais » et des gorgées d'eau à la tasse.

Au plan fonctionnel, la femme restait très lourde à prendre en charge. Elle nécessitait une élévation mécanique pour les transferts et pouvait de temps en temps être prise en charge par deux membres du personnel au moyen d'une ceinture de transfert et d'un disque pivotant. Elle était incontinente à la fois de la vessie et de l'intestin. Elle avait besoin d'une assistance maximale pour toutes ses activités de la vie quotidienne. Elle reconnaissait les gens et ne présentait pas d'agitation, de délire ou d'hallucinations. Elle se plaignait d'une douleur pendant les transferts ou les repositionnements au lit. Elle a ensuite développé une rétention urinaire nécessitant un sondage intermittent deux à trois fois par jour quand le volume de la vessie dépassait 400 ml. Il est alors devenu évident qu'elle ne pourrait pas retourner à sa

résidence précédente du fait de ses lourds besoins en soins. En conséquence, sa demande d'admission dans un établissement de soins de longue durée a été actualisée avec le CASC.

Le 15 juillet 2008, la femme a été officiellement classée en attente d'un placement « ANS » (autre niveau de soins) et transférée à l' « unité ANS » de l'hôpital général en attendant un lit dans un établissement de soins de longue durée. L'hôpital général avait lancé peu de temps auparavant (en mai-juin 2008), un programme pilote de partenariat avec une maison de retraite qui accepterait les patients en attente d'un placement « ANS » puis d'un placement final en foyer de soins de longue durée. La fille donna son accord pour que sa mère entre dans ce programme.

Un instrument d'évaluation des soins à domicile (Home Care Assessment Instrument ou HC-RAI) a été utilisé le 15 juillet 2008 pour effectuer une évaluation complète de la patiente, dont le calcul de scores prédictifs d'exigence de soins. Les points saillants des conclusions de cette évaluation étaient les suivants :

1. taux de performance AVQ de 4 à 5, indiquant une dépendance totale vis-à-vis d'une assistance considérable;
2. mobilité en fauteuil roulant exclusivement;
3. incontinence vésicale et intestinale fréquente;
4. détérioration cognitive, nécessitant un repérage ou une supervision à tout moment pour n'importe quelle décision;
5. état de santé instable;
6. dysphagie nécessitant un régime alimentaire spécial;
7. plaie de pression au talon droit;
8. transferts sous l'assistance de deux personnes en utilisant une ceinture de transfert et un plateau de transfert, ou transferts avec un élévateur mécanique.

Un score selon la méthode d'attribution d'un niveau de priorité (« Method for Assigning Priority Levels ») a été calculé à partir de ces données et a indiqué que les ressources nécessaires pour cette femme étaient « très élevées ».

Le 17 juillet 2008, la patiente a été transférée à la maison de retraite. Il semble que sa fille n'était pas convaincue du bien-fondé de ce transfert et de la capacité de la résidence à fournir les services dont sa mère avait besoin. Du jour de l'admission, la fille a noté en détail ses observations concernant sa mère et les soins dispensés par le personnel de la maison de retraite, ainsi que des renseignements divers sur l'environnement de soins de sa mère. La description documentée de la fille sur l'état de sa mère le jour de sortie de l'hôpital général contredit l'évaluation par HC-RAI.

Lors de l'admission à la maison de retraite, un plan de soins a été établi, qui répondait de manière appropriée à tous les besoins de la femme. Malheureusement, comme il s'agissait d'un foyer de soins privé non réglementé (maison de retraite), il n'y a pas eu, à l'admission, d'évaluation initiale faite par un médecin. Le médecin traitant de l'hôpital général a prescrit les médicaments de la patiente et demandé à ce que l'infirmière du CASC chargé du soin des plaies évalue l'ulcère du pied droit et donne une consultation sur la prise en charge de cette plaie. La seule autre intervention du CASC semble avoir été la demande d'évaluation par un

orthophoniste, qui aurait été présentée trois à quatre semaines après l'admission à la maison de retraite. Tous les autres soins étaient assurés par la résidence.

Les 11 premiers jours à la maison de retraite, il semble que l'état de la femme s'est détérioré. Elle était de plus en plus fatiguée et se plaignait davantage de douleurs. Elle n'ingérait pas des quantités suffisantes d'aliments ou de liquides. Le personnel de la maison de retraite la nourrissait souvent en position semi-assise malgré le plan de soins qui indiquait qu'elle devait être assise à 90°. On ne lui faisait pas sa toilette et elle n'était pas examinée au plan de la rétention urinaire parce que, selon les notes prises par le personnel de la maison de retraite, cela n'était pas nécessaire du fait de l'humidité de sa couche. Le dossier fait état de multiples discussions entre le directeur des soins et la fille à propos des préoccupations concernant les soins de la mère.

Les notes de la fille indiquent des inquiétudes quotidiennes au sujet des soins apportés à sa mère, parmi lesquelles :

1. habillage trop tardif;
2. alimentation avec des aliments déconseillés (p. ex. un hot-dog dans un pain à hot-dog et des morceaux de melon);
3. eau et papiers-mouchoirs hors d'atteinte;
4. évaluations insuffisantes du personnel infirmier et des médecins;
5. prise en charge insuffisante de la douleur;
6. administration trop aggressive des médicaments;
7. inattention à la détérioration de l'état de sa mère.

À plusieurs reprises, le personnel de la maison de retraite a déclaré à la fille que les choses devaient être faites d'une certaine manière « parce qu'ils manquaient de personnel ».

Le 28 juillet 2008, la femme a été brièvement vue par un médecin qui a noté dans son dossier : « ulcération sèche du talon d'environ 1,5 à 2 cm de diamètre ».

Un bilan sanguin a été prescrit et le furosémide arrêté. Selon les notes du personnel infirmier, ce jour-là la résidente a peu mangé, elle avait peu d'appétit et des boissons lui ont été proposées.

Le 29 juillet 2008, une remarque similaire du personnel infirmier a été notée, mais elle portait surtout sur l'inquiétude de la fille à propos des chaussettes mises au pied de la mère directement sur l'ulcère du talon. Dans la soirée, il a été noté que la femme était léthargique et qu'elle buvait seulement de petites quantités. Sa pression artérielle était à 100/60 et son pouls à 88 battements par minute. La fille a noté qu'elle avait demandé que sa mère soit transférée à l'hôpital, mais cette demande ne figure pas dans le dossier médical tenu par la résidence.

Le 30 juillet 2008, les résultats de laboratoire datant de deux jours auparavant ont été rapportés comme suit : sodium à 166 mmol/l (compris entre 137 et 144 sept jours avant la sortie de l'hôpital), potassium à 5,2 mmol/l, chlore à 37 mmol/l and créatinine à

177 mmol/l (79 à la sortie de l'hôpital).

La femme a alors été transférée en urgence par ambulance à la salle d'urgence de l'hôpital général où le médecin de la salle d'urgence a noté qu'elle était très déshydratée et tachypnéique, et qu'elle avait une pression veineuse jugulaire plate. Les résultats des tests indiquaient : hémoglobine à 116, sodium à 166, chlore à 135, dioxyde de carbone à 14 mmol/l, azote uréique sanguin à 31,8, créatinine à 271, INR élevé à 27, analyse d'urines riche en germes mélangés à des globules blancs, culture urinaire positive au *Pseudomonas species* multirésistant, et radiographie pulmonaire claire avec observation d'une arthrose glénohumérale importante.

La femme a été admise à l'hôpital général et réanimée par voie intraveineuse avec des liquides de réhydratation, de la vitamine K et du céfotaxime IV. Son état d'hydratation a été étroitement surveillé, avec ajustement des liquides intraveineux en conséquence. Elle a continué à ne rien recevoir oralement jusqu'à amélioration de son état de conscience.

Le 2 août 2008, le sodium de la patiente était descendu à 144, son azote uréique sanguin était à 21,4 et sa créatinine à 237, en cours de normalisation. De l'hydromorphone sous-cutanée a été prescrite contre la douleur.

Le 3 août 2008, son hémoglobine est tombée à 90 g/l, ce qui a conduit à l'administration d'un culot globulaire.

Les jours suivants, la femme a commencé à ingérer oralement de petites quantités de liquides épais, l'administration intraveineuse de liquides étant poursuivie.

Le 7 août 2008, les résultats des tests indiquaient : sodium à 137, azote uréique sanguin à 10,3 et créatinine à 142.

La prise en charge de la douleur continuait à être un défi. La somnolence de la femme était présumée être secondaire au narcotique, l'hydromorphone étant alors en cours d'arrêt et de remplacement par 10 à 20 µg de fentanyl administré au besoin par voie sous-cutanée avant le repositionnement. Les antibiotiques ont été arrêtés.

Le 14 août 2008, la patiente étant assez alerte pour ingérer des aliments liquides et solides, la perfusion intraveineuse a été arrêtée. Elle a été transférée à l'unité ANS de l'hôpital général le 19 août 2008 en attente de placement dans un établissement de soins de longue durée. Depuis son admission le 30 juillet 2008, elle était restée au repos au lit et nécessitait des soins complets. Elle continuait à être doublement incontinente et se plaignait de douleurs quand on lui touchait les jambes ou les pieds et quand on la repositionnait.

Le 25 août 2008, le personnel infirmier a noté la présence d'une petite plaie de pression coccygienne. La patiente restait somnolente par intermittence, nécessitait des soins complets, et devait être encouragée pour absorber de petites quantités de liquide.

A partir de ce moment, son état clinique a commencé à se détériorer. Début septembre 2008, elle a été vue dans le service de soins palliatifs et, après discussion avec sa fille, la décision a

été prise de lui fournir des soins palliatifs. Son décès a été prononcé le 10 septembre 2008. Sa fille a demandé que le décès soit signalé à un coroner local qui a procédé à une investigation. Aucune autopsie n'a été réalisée.

Discussion

Il s'agit d'une femme âgée de 92 ans qui est décédée à l'hôpital à la suite d'une longue maladie multisystémique. Comme l'ont noté ses médecins, elle était fragile et âgée, et l'on devait s'attendre à son décès. La femme a reçu des soins adéquats à l'hôpital, notamment des évaluations approfondies et une planification des soins par une équipe multidisciplinaire.

Le principal sujet de préoccupation dans ce cas porte sur les soins dispensés dans la résidence privée dans le cadre du programme pilote « ANS ». Il y avait essentiellement deux questions à examiner :

1. les soins disponibles et fournis dans l'établissement de soins privé entre le 17 et le 30 juillet 2008 ont-ils été suffisants pour répondre aux besoins de la femme?

2. si les soins étaient insuffisants, cela a-t-il eu un impact sur sa santé?

L'examen du dossier n'a pas permis au Comité d'établir le niveau de prestations offert dans l'établissement de soins privé. Le dossier ne comportait aucune source disponible que ce soit en termes de description de programme, de modèle conceptuel ou de modèle de financement. Même pour un foyer de soins de longue durée financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les besoins en soins de la patiente auraient été très difficiles à satisfaire. En fait, l'un des foyers de soins de longue durée situés dans le secteur géographique préféré de la fille avait rejeté la demande d'admission de la patiente du fait de l'ampleur de ses besoins en soins. À l'examen du dossier, il est évident que le foyer de soins privé ne possédait pas l'expertise, les soins et les services nécessaires pour répondre aux importants besoins de soins de cette patiente. Les maisons de retraite ont relativement moins de personnel que les foyers de soins de longue durée et il est difficile d'imaginer comment une maison de retraite privée pourrait satisfaire les besoins en soins d'une résidente comme cette femme sans une augmentation significative de son personnel.

Le manque de temps du personnel peut avoir contribué au fait que la femme n'a pas reçu de liquides en quantité suffisante, ce qui a entraîné le développement d'une hypernatrémie et d'une déshydratation. L'examen des circonstances entourant son décès n'a pas permis d'établir si cette situation y a contribué ou non. Il est peu probable que la déshydratation ait joué un rôle important dans le décès survenu six semaines plus tard. La femme était âgée de 92 ans, présentait de multiples pathologies systémiques majeures et était complètement dépendante au plan fonctionnel, tous éléments marqueurs d'une mortalité imminente. Malheureusement, la patiente était destinée à mourir à court terme, quels que soient les soins assurés dans l'établissement de soins privé.

Les circonstances entourant le décès de cette femme devraient attirer l'attention des professionnels de la santé sur le fait que, en dépit des pressions pour que l'on sorte les

patients âgés fragiles de l'hôpital pour les diriger vers d'autres établissements, tel que les établissements de soins privés, en attendant un placement dans un établissement de soins à long terme, il est important de garder à l'esprit que ces patients attendent un placement en établissement de soins à long terme précisément parce que leurs besoins en soins sont si lourds qu'ils sont difficiles, voire impossibles, à satisfaire dans un établissement de soins privé local.

Recommandations :

1. Rappeler à tous les hôpitaux généraux de l'Ontario, et particulièrement à cet hôpital général, l'importance d'évaluer soigneusement les profils des personnes âgées fragiles pour lesquels on envisage un placement en foyer de soins privé (maisons de retraite). Les patients les plus aptes à entrer dans les programmes des foyers de soins privés sont généralement les personnes stables au plan clinique qui nécessitent une surveillance et des soins minimaux.

2. Rappeler aux professionnels de la santé que le placement dans des établissements de soins privés de personnes âgées fragiles qui sont totalement dépendantes au plan fonctionnel et ont des besoins en soins importants n'est pas une solution appropriée. Quand elles sont en attente d'un placement dans un établissement de soins de longue durée agréé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ces personnes âgées fragiles devraient rester dans un cadre dont le niveau de ressources est aussi élevé que celui d'un établissement de soins de longue durée agréé.

3. Les programmes des maisons de retraite ou foyers de soins privés de l'Ontario qui offrent des soins à des personnes âgées fragiles en attente de placement dans un foyer de soins de longue durée agréé devraient être tenus de respecter les mêmes normes que les foyers agréés en matière de soins et de services. Est implicite dans cette recommandation la nécessité d'appliquer les mêmes règlements et les mêmes contrôles, avec un rapport public régulier des conclusions, comme c'est le cas pour les foyers de soins de longue durée agréés.

4. Les maisons de retraite et foyers de soins privés de l'Ontario devraient être assujettis à des règlements et faire l'objet de surveillance et de contrôles réguliers par un organisme du secteur public, dans le but de garantir la satisfaction des besoins sur le plan des soins et de la sécurité. La priorité absolue devrait être les besoins en matière de soins et de sécurité des personnes âgées fragiles et non le type d'établissement dans lequel se fait le placement.

Cas 6

Référence 0818-0395

Problème

Transfert de patients âgés vers un service de convalescence.

Contexte et historique

Il s'agit d'un homme âgé de 84 ans qui vivait seul dans son propre appartement. Début mars 2008, il a été admis à l'hôpital général avec un essoufflement croissant et une orthopnée. Le dossier de l'hôpital général comportait :

1. Le compte-rendu d'une radiographie pulmonaire de contrôle datant du 6 mars 2008, qui mettait en évidence un œdème pulmonaire résiduel;
2. Un compte-rendu négatif de gastroscopie;
3. Un compte-rendu de physiothérapie;
4. Des résultats de laboratoire indiquant une culture sanguine négative au SARM.

Le 14 mars 2008, un centre d'accès aux soins communautaires (CASC) a procédé à une orientation vers un service de convalescence. Les diagnostics médicaux énumérés pour ce patient étaient les suivants : émission de selles sanglantes (hématochézie), infarctus myocardique antérieur sans élévation du segment ST, œdème pulmonaire et œdème d'un membre inférieur.

Ses antécédents médicaux incluaient également une coronaropathie avec angine de poitrine, une polypectomie du colon en décembre 2007, et une maladie vasculaire périphérique avec un pontage fémoral réalisé antérieurement.

L'évaluation du CASC indiquait que le patient prenait les médicaments suivants :

1. Tartrate de métoprolol : 25 mg deux fois par jour;
2. Digoxine : 0,25 mg par jour;
3. Furosémide : 40 mg par jour;
4. Sulfate ferreux : 300 mg deux fois par jour;
5. Atorvastatine calcique : 40 mg par jour;
6. Lansoprazole : 30 mg par jour;
7. Docusate sodique : 1 par jour;
8. Clotrimazole (crème) : deux fois par jour;
9. Spironolactone : 25 mg par jour;
10. Oxazépam : 30 mg, au besoin; et
11. Bromure d'ipratropium/Sulfate de salbutamol en aérosol : au besoin.

Le 3 avril 2008, l'homme a été admis au centre de convalescence du foyer de soins de longue durée. Sa liste de médicaments était alors la suivante :

1. Tartrate de métoprolol : 25 mg deux fois par jour;
2. Digoxine : 0,125 mg par jour;
3. Furosémide : 40 mg par jour;
4. Trinitrate de glycéryle : pulvérisation au besoin; et
5. Lisinopril : 2,5 mg deux fois par jour.

À l'admission, il a été noté que l'homme était attentif et coopératif et qu'il ne présentait aucun trouble cognitif apparent. Il a signé une directive préalable indiquant qu'il désirait des soins médicaux énergiques, mais ne voulait pas de réanimation cardiopulmonaire (RCP).

À l'admission, sa pression artérielle (PA) était à 114/48.

Deux notes de soins infirmiers, datées du 3 avril 2008, n'indiquaient aucun élément préoccupant. Une troisième, datée du 5 avril 2008, documentait la négativité d'un test cutané de tuberculose.

Le 7 avril 2008, une note relative à la nutrition et une note de soins infirmiers ont été ajoutées au dossier. Celle de soins infirmiers rapportait une PA à 127/45 et un pouls à 74. L'infirmière autorisée a été avisée et reçu l'ordre de suspendre le tartrate de métoprolol et le lisinopril. Une note de suivi indiquait la visite du médecin et l'arrêt du tartrate de métoprolol. La PA du patient était alors à 116/41 et son pouls à 64. Les signes vitaux n'étaient pas significativement différents des signes vitaux enregistrés dans la matinée. Aucun document ne suggérait la présence d'une hypotension ou d'une bradycardie.

Avant l'arrêt du tartrate de métoprolol, le 7 avril 2008, l'enregistrement des signes vitaux du matin indiquait chez le patient un pouls situé généralement dans les valeurs élevées de la fourchette 60/70. Après l'arrêt du tartrate de métoprolol, le pouls s'est accéléré pour souvent dépasser 100.

La première note de soins infirmiers après le 7 avril 2008 a été inscrite à 8 h 20, juste après l'enregistrement des signes vitaux. Elle indiquait que le patient se plaignait d'un essoufflement croissant durant les deux derniers jours et qu'il manquait visiblement de souffle en marchant jusqu'à la salle à manger. À l'examen, il y avait une légère diminution de l'entrée d'air dans le poumon droit et de fins râles crépitants dans le lobe inférieur gauche. Aucun document ne mentionne qu'un médecin a été informé de la détérioration de l'état clinique du patient. La note suivante de soins infirmiers, enregistrée à 23 h 30 et datée du 10 avril 2008 - mais plus probablement du 11 avril 2008 - indiquait que le patient se reposait tranquillement dans son lit.

Le 11 avril 2008, les signes vitaux du matin étaient les suivants : PA à 154/60, température à 36 °C et pouls à 104. Avant l'arrêt du tartrate de métoprolol, la PA systolique du patient était située aux alentours de 120.

Le 12 avril 2008 à 2 h 15, le personnel infirmier a été appelé au lit du patient où il a été noté qu'il était en détresse sévère. Le personnel infirmier a documenté une toux productive, une respiration sifflante et des râles crépitants au niveau de la poitrine. Les signes vitaux étaient les suivants : pression artérielle à 159/75, pouls à 138 et saturation en oxygène à 84 % (elle était comprise entre 94 et 96 % jusqu'au matin du 11 avril 2008).

Le patient demanda son transfert à l'hôpital. Le temps que l'ambulance arrive, il avait fait un arrêt cardiopulmonaire et, selon sa directive préalable, aucune réanimation cardiopulmonaire n'avait été entreprise. Il décéda par la suite.

Aucune autopsie ne fut réalisée.

Il a été noté que la demande de bilan sanguin du 4 avril 2008 n'a pas été suivie d'une prise de sang avant le 10 avril 2008 – soit 6 jours plus tard – et que les résultats n'ont pas été communiqués aux professionnels de la santé chargés du patient. La numération globulaire mettait en évidence une anémie macrocytique importante et un taux de digoxine à 2,1. Bien que le taux de 2,1 soit dans la fourchette thérapeutique, il peut ne pas avoir été adéquat pour un homme âgé de 84 ans[1]. De plus, un ionogramme a été prescrit mais jamais réalisé.

Discussion

Il s'agit d'un homme âgé de 84 ans admis à un hôpital général régional au début du mois de mars 2008 avec un œdème pulmonaire et un infarctus du myocarde. Le 14 mars 2008, il a été évalué par le CASC comme pouvant être transféré dans un service de convalescence situé dans un établissement de soins de longue durée où il a été admis le 3 avril 2008. Le 14 mars 2008, l'évaluation du CASC répertoriait 11 médicaments différents qui, pour des raisons obscures, ont été réduits à 5 médicaments au moment de l'admission en service de convalescence. De plus, la posologie quotidienne de digoxine était passée de 0,25 mg à 0,125 mg. La documentation manquait pour justifier ces modifications. La réduction du nombre de médicaments, ainsi que celle de la posologie de digoxine, peut avoir déstabilisé l'état clinique du patient.

La documentation manque pour ce qui est de la fréquence cardiaque du patient au moment de son transfert.

La question du transfert des patients âgés affaiblis de lits hospitaliers de soins actifs vers un service de convalescence est un énorme problème systémique à l'échelle de la province de l'Ontario et dont l'ampleur va croissant. La justification des services de convalescence semble être le besoin de libérer des lits hospitaliers de soins actifs. Le concept de service de convalescence est excellent, mais seulement si les lits des services de convalescence disposent des ressources appropriées, avec un personnel médical, un personnel infirmier et un suivi suffisants. Si les lits des services de convalescence ne disposent pas des ressources appropriées, la santé et la sécurité des patients âgés fragilisés seront compromises, comme cela a été le cas pour ce patient.

Un certain nombre de questions ont été soulevées durant l'examen des circonstances ayant entouré le décès de cet homme, parmi lesquelles :

1. Pourquoi y avait-il si peu de documents disponibles provenant de l'hôpital général de soins actifs, surtout dans la mesure où l'unité de soins de convalescence faisait partie de la même structure?

2. Pourquoi le traitement bêtabloquant a-t-il été brusquement arrêté en dehors de toute symptomatologie documentée, y compris d'une modification significative des signes vitaux du patient?

3. Le médecin traitant ignorait-il les avantages d'un traitement bêtabloquant chez le sujet âgé après un infarctus du myocarde avec une insuffisance cardiaque congestive grave[2]?

4. Le médecin traitant connaissait-il les dangers d'un brusque retrait du bêtabloquant? [3]

5. Pourquoi a-t-il fallu six jours pour faire le prélèvement sanguin nécessaire à la numération formule sanguine?

6. Pourquoi n'y a-t-il pas eu de prélèvement sanguin pour un ionogramme alors que l'association de digoxine et de furosémide peut entraîner une forte toxicité si le taux de potassium est trop bas?

7. Le 11 avril 2008, les professionnels des soins de santé infirmiers ont-ils réalisé qu'un essoufflement progressif nécessite une évaluation médicale en urgence?

8. Le médecin traitant a-t-il jamais vu et examiné le patient ? Si oui, pourquoi rien ne l'indique dans le dossier?

9. L'établissement autorisé de soins de longue durée et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont-ils réalisé que les besoins des sujets âgés fragilisés en termes de soins et de sécurité sont moins prévisibles dans le cadre d'un service de convalescence que dans celui d'un établissement de soins de longue durée agréé? Étant donné que des modifications de l'état clinique des patients âgés fragilisés peuvent fréquemment survenir pendant les périodes de transition, les besoins d'un service de convalescence sont plus importants en termes d'assistance de laboratoire et de disponibilité médicale.

Recommandations :

1. Rappeler à tous les hôpitaux généraux de soins actifs de l'Ontario l'importance de fournir un ensemble de documents contenant une information complète lorsque des personnes âgées fragiles sont transférées vers un autre établissement de soins.

2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait établir, en collaboration avec les intervenants appropriés du secteur des soins de longue durée, des normes relatives aux services médicaux, infirmiers et de laboratoire pour les unités de soins de convalescence qui font partie d'un foyer de soins de longue durée agréé en Ontario.

3. Rappeler aux professionnels de la santé la nécessite de faire preuve d'une prudence extrême lors de l'arrêt brusque de bêtabloquants.

4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait s'assurer que les établissements de soins de convalescence disposent de ressources suffisantes pour répondre aux besoins des personnes âgées fragiles sur le plan des soins et de la sécurité.

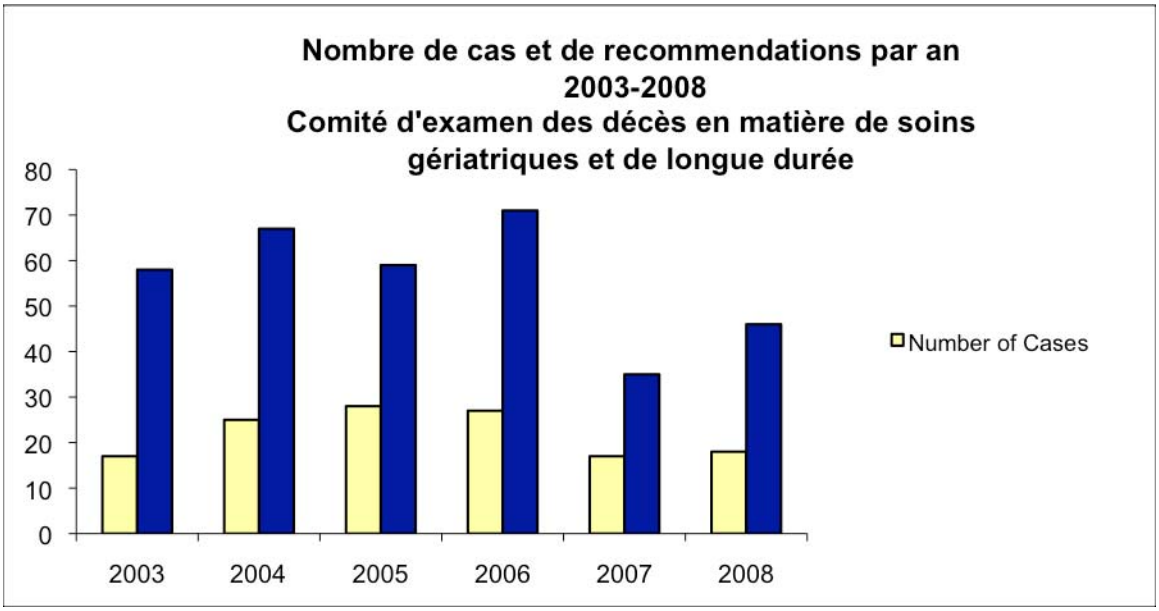
Références

1. van Feldhuisen DJ. Low-dose Digoxin in patients with Heart Failure: less Toxic and at Least as Effective? Journal of the American College of Cardiology. 2002; 39 (6): 954-956.

2. The Task Force on Beta-Blockers of the European Society of Cardiology. Expert Consensus Document on B-adrenergic Receptor Blockers. European Heart Journal. 2004; 25 (15): 1341-1362.

Analyse des recommandations : 2003 à 2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre total de cas examinés	17	25	28	27	17	18
Nombre total de recommandations	58	67	59	71	35	46
Nombre de cas et de recommandations en fonction du domaine problématique *(Remarque : les cas peuvent présenter plusieurs domaines problématiques)*						
Gestion des soins médicaux et infirmiers						
Nombre de cas avec ce domaine problématique :	7	14	12	10	8	7
% du total des cas :	41 %	56 %	43 %	37 %	47 %	41 %
Nombre de recommandations :	14	22	22	30	17	14
% du total des recommandations :	24 %	33 %	37 %	42 %	48 %	30 %
Communication et documentation						
Nombre de cas avec ce domaine problématique :	9	9	7	6	4	6
% du total des cas :	53 %	36 %	25 %	22 %	24 %	33 %
Nombre de recommandations :	8	13	9	8	6	7
% du total des recommandations :	14 %	19 %	15 %	11 %	17 %	15 %
Usage des médicaments chez les personnes âgées	4	7	5	8	3	5
Nombre de cas avec ce domaine problématique :	24 %	28 %	18 %	30 %	18 %	28 %
% du total des cas :	8	9	8	14	3	6
Nombre de recommandations :	14 %	13 %	14 %	20 %	9 %	13 %
% du total des recommandations :						
Procédures d'admission, de sortie et de transfert	4	3	3	3	1	2
Nombre de cas avec ce domaine problématique :	24 %	12 %	11 %	11 %	6 %	11 %
% du total des cas :	8	3	4	4	2	2
Nombre de recommandations :	14 %	4 %	7 %	6 %	6 %	4 %
% du total des recommandations :						
Détermination de la capacité et accord de traitement / DNR						
Nombre de cas avec ce domaine problématique :	3	2	2	0	0	0
% du total des cas :	18 %	8 %	7 %			
Nombre de recommandations :	3	1	3			
% du total des recommandations :	5 %	2 %	5 %			
Usage de moyens de contention						
Nombre de cas avec ce domaine problématique :	4	0	0	1	0	0
% du total des cas :	24 %	n/a	n/a	4 %		
Nombre de recommandations :	6	0	0	4		
% du total des recommandations :	10 %	n/a	n/a	6 %		
Gestion des urgences						
Nombre de cas avec ce domaine problématique :	1					
% du total des cas :	6 %					
Nombre de recommandations :	6					
% du total des recommandations :	10 %	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Secteur des soins actifs ou de longue durée, y compris le ministère de la Santé et des Soins de longue durée						
Nombre de cas avec ce domaine problématique :	2	12	7	9	4	1
% du total des cas :	12 %	48 %	25 %	33 %	24 %	6 %
Nombre de recommandations :	4	14	10	10	7	17
% du total des recommandations :	7 %	21 %	17 %	14 %	20 %	38 %


Nombre de cas et de recommendations par an
2003-2008
Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée
80
70
60
50
40
30
20
10
0
2003
2004
2005
2006
2007
2008
Number of Cases

Résumé

Même si, en 2008, les problèmes liés à la « gestion des soins médicaux et infirmiers » et à la « communication et documentation » sont ceux qui ont encore donné lieu au plus grand nombre de recommandations, il y a eu aussi une augmentation du nombre de cas et de recommandations concernant le secteur des soins actifs et de longue durée et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. La portée de cette augmentation n'a pas pu être déterminée.

Dans chacun de ces domaines problématiques, certaines recommandations ont tendance à être reformulées chaque année. Cette nécessité de répéter des recommandations pourrait révéler un risque systémique pour la sécurité publique des personnes âgées en Ontario.

Commentaires généraux

Le Comité est heureux d'avoir eu le privilège de continuer à servir le Bureau du coroner en chef et la population ontarienne au cours de l'année écoulée. Nous espérons que ces recommandations seront utiles pour faire en sorte que les résidents âgés des établissements de soins actifs ou de longue durée et des maisons de santé en Ontario reçoivent les meilleurs soins possibles à l'avenir.

Remerciements

Le Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée remercie Mme Cathy Traynor et Mme Carolyn McLellan de leur dévouement et des efforts inestimables qu'elles ont déployés pour la préparation des rapports individuels et de ce dix-neuvième rapport annuel.

Les questions et les commentaires peuvent être adressés à :
Mme Kathy Kerr
Directrice de la gestion des comités
Bureau du coroner en chef
26, rue Grenville
Toronto (Ontario)
M7A 2G9
Kathy.M.Kerr@Ontario.ca